

O EXERCÍCIO FÍSICO E O BEM ESTAR DOS IDOSOS - BARREIRAS E BENEFÍCIOS PERCEBIDOS

**Um estudo realizado num Centro de Convivência em Juiz de Fora,
Brasil**

Dissertação apresentada com vista à
obtenção do grau de Mestre em Ciência do
Desporto, na área de Especialização em
Atividade Física para a Terceira Idade,
conforme o decreto lei nº 216/92 de 13 de
outubro.

Orientador: Professor Doutor Nuno Corte-Real

Gabriel Oliveira Ritti

Porto, Setembro de 2018

Ficha de catalogação

Ritti, G. O. (2018). *O exercício físico e o bem estar dos idosos - barreiras e benefícios percebidos Um estudo realizado num Centro de Convivência em Juiz de Fora, Brasil*. Porto: G. Ritti. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras Chave: EXERCÍCIO FÍSICO, BEM ESTAR SUBJETIVO, MODELO TRANSTEÓRICO, BARREIRAS E BENEFÍCIOS, IDOSOS.

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer aos meus pais Haroldo e Rosalinda, que me estimularam, apoiaram e ajudaram em todos os momentos durante minha vida, principalmente nos momentos em que achei que não conseguiria, me fazendo acreditar que quando queremos tudo é possível. Sem eles não chegaria onde estou. Agradeço também aos meus irmãos Lucas e Julia pela paciência e apoio que me deram durante esse processo. Amo vocês!

A Laura, minha companheira de vida, que me motivou e me motiva a fazer sempre o melhor possível. Obrigado por me acompanhar nesta trajetória, pelo carinho e cumplicidade, e por tudo que fez e faz por mim!

Ao professor Nuno Corte-Real por ter me aceitado como orientando, e por estar sempre disponível durante a pesquisa, sendo fundamental no meu processo de aprendizagem e de elaboração deste trabalho.

Aos frequentadores e trabalhadores do Pró-Idoso, que me acolheram e me mostraram uma outra forma de viver o envelhecimento. Um agradecimento especial à Rosângela Bonoto, coordenadora da instituição, por estar sempre disponível e pela ajuda que me forneceu durante a aplicação dos questionários.

Ao meu amigo Eduardo Gravena, pelas horas de estudo, pelos ensinamentos, pela parceria e pelos momentos de lazer durante todo esse tempo.

A Vânia e ao Salvador que também estiveram sempre presentes e dispostos a me ajudar em qualquer situação, obrigado por tudo.

Aos amigos de Juiz de Fora, em especial ao Guilherme, Caio, Miguel e Mauad por estarem presentes durante grande parte da minha vida me incentivando a estar sempre caminhando.

Aos amigos da FADEUP, em especial ao Pedro, Victor, Gonçalo e José Rocha por me acompanharem durante as aulas e nos momentos de lazer em Portugal. Um agradecimento também ao Hélder Zimmerman, por estar sempre disposto a me ajudar quando precisei.

Índice geral

Índice geral.....	V
Índice de tabelas	IX
Índice de gráficos	XI
Resumo	XIII
Abstract	XV
1. Introdução.....	17
2. Revisão de literatura	21
2.1. Envelhecimento	21
2.1.1. Aumento da população idosa	21
2.1.2 Novas demandas para o envelhecimento populacional.....	22
2.1.3 O que é o envelhecimento	23
2.1.4 Consequências do envelhecimento	25
2.1.5 Visão atual sobre o idoso.....	27
2.1.6 Benefícios do exercício físico no envelhecimento	28
2.2 Bem estar subjetivo.....	35
2.2.1 Breve história do estudo do bem estar subjetivo	35
2.2.2 O que é o bem estar subjetivo	36
2.2.3 Escala de satisfação com a vida.....	39
2.2.4 Afetos positivos e negativos	40
2.2.5 Importância do bem estar subjetivo	41
2.3 Modelo transteórico.....	46
2.3.1 O que é o modelo transteórico.....	46
2.3.2. Os estágios de mudança comportamental.....	47
2.3.3. Os processos de mudança comportamental.....	50

2.3.4. Outros componentes do modelo transteórico	51
2.3.5 Considerações sobre o processo de mudança comportamental ..	53
2.4 Pró-Idoso	55
2.4.1 Introdução.....	55
2.4.2 Contexto histórico	56
3. Material e método.....	61
3.1 Escolha do local.....	61
3.2 Caracterização da amostra	61
3.3 Instrumentos	62
3.4 O questionário.....	63
4. Resultados	69
4.1 Análise sobre a variável sexo	69
4.2 Análise sobre a variável prática de exercícios físicos	69
4.3 Análise sobre os estágios de mudança comportamental	72
4.4 Análise sobre as barreiras e benefícios	73
4.4.1 Análise das barreiras percebidas.....	73
4.4.2 Análise dos benefícios percebidos.....	74
4.5 Análise sobre a satisfação com a vida	75
4.6 Análise sobre a escala de afetos positivos e negativos	76
4.7 Análise sobre o bem estar subjetivo	79
4.8 Análise sobre o balanço decisional	80
5. Discussão dos resultados.....	83
5.1 Sexo.....	83
5.2 Prática de exercícios físicos.....	83
5.3 Estágios de mudança comportamental	87
5.4 Barreiras e benefícios percebidos.....	88

5.4.1 Barreiras	88
5.4.2 Benefícios	93
5.5 Satisfação com a vida	94
5.6 Afetos positivos e afetos negativos	95
5.7 Balanço decisional	97
6. Conclusão	99
Referências	103

Índice de tabelas

Tabela 1: Prática de exercícios físicos em relação ao sexo	70
Tabela 2: Prática de exercícios físicos em função do escalão etário	70
Tabela 3: Categoria de barreiras	73
Tabela 4: Frequência de barreiras	73
Tabela 5: Categoria de benefícios	74
Tabela 6: Frequência de benefícios	74
Tabela 7: Satisfação com a vida em função do sexo	75
Tabela 8: Satisfação com a vida em função do escalão etário	76
Tabela 9: Satisfação com a vida em função da prática de exercícios físicos ..	76
Tabela 10: Afetos positivos em função do sexo	77
Tabela 11: Afetos positivos em função do escalão etário	77
Tabela 12: Afetos positivos em função da prática de exercícios físicos	77
Tabela 13: Afetos negativos em função do sexo	78
Tabela 14: Afetos negativos em função do escalão etário	78
Tabela 15: Afetos negativos em função da prática de exercícios físicos	79
Tabela 16: Bem estar subjetivo em função do sexo	79
Tabela 17: Bem estar subjetivo em função do escalão etário	80
Tabela 18: Bem estar subjetivo em função da prática de exercícios físicos ...	80
Tabela 19: Balanço decisional em função do sexo	81
Tabela 20: Balanço decisional em função do escalão etário	81

Tabela 21: Balanço decisional em função da prática de exercícios físicos 81

Tabela 22: Prós e contras em função dos estágios de mudança comportamental 82

Índice de gráficos

Gráfico 1: Atividades realizadas no Pró-Idoso	71
Gráfico 2: Frequência de exercícios físicos praticados fora do Pró-Idoso	71
Gráfico 3: Estágios de mudança comportamental	72

Resumo

Considerando o crescimento da população idosa a nível mundial e em atenção à tendência dos estudos dos aspectos positivos da vida humana, a presente pesquisa buscou investigar o bem estar subjetivo, os níveis de prática de exercícios físicos, os prós e os contras, assim como as barreiras e benefícios para essa prática.

Participaram da pesquisa 101 idosos frequentadores de um centro de convivência na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil (76,2% mulheres e 23,8% homens, com média de idades entre 75 e 76 anos). Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com questões referentes à prática de exercícios físicos, às barreiras e benefícios relacionados a essa prática e incluindo as versões traduzidas e adaptadas da Satisfaction With Life Scale, da Positive and Negative Affect Schedule, da Decision Balance Scale for Exercise e do Stages of Exercise Change.

Os resultados da pesquisa indicaram uma maior presença de mulheres em centros de convivência e uma maioria de praticantes de exercícios físicos, tanto na instituição pesquisada quanto fora dela. O bem estar subjetivo não apresentou diferenças significativas entre as variáveis analisadas, porém, observou-se a tendência de mulheres praticantes de exercícios físicos alcançarem valores maiores nessa avaliação. O benefício mais relatado acerca da prática de exercícios físicos foi a diminuição da dor e a barreira mais mencionada foi a falta de motivação. Com relação à avaliação do balanço decisional os indivíduos praticantes apresentaram médias maiores nos prós. Confirma-se assim que os exercícios físicos são de grande importância para a promoção da saúde dos idosos devendo ser incentivado em todas as idades para ajudar no envelhecimento com cada vez mais qualidade e menos limitações. Neste aspecto, considera-se a importância dos centros de convivência para idosos incorporarem exercícios físicos em suas atividades, assim como a divulgação dos benefícios que tais práticas promovem.

Palavras-chave: EXERCÍCIO FÍSICO, BEM ESTAR SUBJETIVO, MODELO TRANSTEÓRICO, BARREIRAS E BENEFÍCIOS, IDOSOS.

Abstract

Considering the growth of the elderly population worldwide and in the light of the trend of studies about the positive aspects of human life, the present research aimed to investigate the subjective well-being, the levels of physical exercise, the pros and cons, as well as the barriers and benefits to this practice.

A total of 101 elderly, members of a community center in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil (76.2% women and 23.8% men, mean age 75-76 years) participated in the study. To collect data, a questionnaire was used with questions related to the practice of physical exercises, the barriers and benefits related to this practice and including the translated and adapted versions of the Satisfaction With Life Scale, of the Positive and Negative Affect Schedule, of Decision Balance Scale for Exercise and the Stages of Exercise Change.

The results of the research indicated a greater presence of women in community centers and a majority of physical exercise practitioners, both in the research institution and outside. The subjective well-being did not present significant differences between the analyzed variables, however, it was observed the tendency of physically active women reach higher values in this evaluation. The most reported benefit of physical exercise was pain reduction and the most mentioned barrier was lack of motivation. With regard to the evaluation of the decisional balance, physically active individuals presented higher averages in the pros. It is thus confirmed that physical exercises exert great importance for the promotion of the health of the elderly and should be encouraged at all ages to help with aging with increasing quality and less limitations. In this aspect, it is considered the importance of the community center for the elderly to incorporate physical exercises in their activities, as well as the divulgation of the benefits that these practices promote.

Key words: PHYSICAL EXERCISE, SUBJECTIVE WELL-BEING, TRANSTHEORETICAL MODEL, BARRIERS AND BENEFITS, ELDERLY.

1. Introdução

Durante a graduação, a inserção em um projeto de iniciação científica intitulado “Vida Saudável”, desenvolvido na Universidade Federal de Juiz de Fora (Minas Gerais, Brasil), possibilitou-me entrar em contato, pela primeira vez durante o período de faculdade, com o público idoso. O projeto oferecia, gratuitamente, modalidades de musculação, caminhada orientada, hidroginástica e alongamento para o público acima de 60 anos. Naquele momento eu ainda tinha uma visão muito parecida com a de muitas pessoas, associando os idosos a indivíduos com baixa disposição e propensos a diversas doenças, mas, a partir do primeiro dia em que tive contato com os frequentadores do referido projeto, meu entendimento acerca desses indivíduos começou a mudar. Encontrava-me diante de uma turma de 20 idosos apresentando forte ligação de amizade entre eles, muita vontade de se exercitarem fisicamente e demonstrando estarem bastante felizes. Esse fato chamou muito a minha atenção e comecei a suspeitar de que as ideias sobre a velhice que circulavam na sociedade não condiziam mais com a realidade do processo de envelhecimento e dos próprios idosos.

Desde então encontrei uma grande fonte de inspiração para meu trabalho, surgindo diversos questionamentos envolvendo exercícios físicos e idosos. “Será que os idosos que praticam atividades físicas são mais felizes? Ou mais motivados? Porque estes indivíduos são tão felizes, sendo que estão cercados de problemas de saúde e sem a devida atenção da sociedade?”. Esses questionamentos surgiam e me motivavam para a busca de respostas, enquanto o carinho, o respeito e a admiração por esse público só aumentava. Trabalhei durante um ano no projeto “Vida Saudável” até me graduar e decidir me especializar em atividade física para idosos para que, dessa maneira, pudesse entender de forma mais aprofundada as questões relativas a esses indivíduos e ao processo do envelhecimento. Pensava que, através disso, poderia encontrar caminhos para contribuir com a felicidade dessa população e incentivar novas pesquisas acerca desse tema.

Nesse contexto, o interesse pela atual pesquisa surge num momento em que as consequências do envelhecimento, principalmente em relação à perda da capacidade funcional e ao isolamento social, se tornavam evidentes, ao mesmo tempo em que os benefícios dos exercícios físicos para os idosos eram cada vez mais constatados e divulgados, criando, assim, um grande paradoxo. Nasceu, então, a necessidade de investigar, de forma mais aprofundada, os impactos dos exercícios físicos em indivíduos idosos, para tentar, de alguma forma, colaborar com a divulgação de resultados e sugestões relacionadas a essa questão. Nesse sentido, dei curso a uma pesquisa com os idosos do projeto “Vida Saudável” em que investigava de que forma a prática regular de exercícios físicos impactavam a socialização dos indivíduos frequentadores daquele espaço. Tal pesquisa foi apresentada como trabalho de conclusão de curso para a Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora e foi intitulada: “Exercício físico como fator de integração social de adultos e idosos”. Por ter ampliado minha afinidade com o tema, resolvi investir um pouco mais nas pesquisas e procurei me inserir no 2º Ciclo em Atividade Física para a Terceira Idade da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto no qual desenvolvi a pesquisa cujos resultados são apresentados nesta dissertação.

Assim, a questão principal que norteou esta pesquisa foi: de que forma a prática regular de exercícios físicos impactam as vidas dos idosos frequentadores do Centro de Convivência Itália Franco (Pró-Idoso)¹?

A partir de uma amostra selecionada de maneira aleatória entre indivíduos frequentadores do Centro de Convivência Itália Franco (Pró-Idoso) e, mediante a análise dos dados encontrados em campo comparados a outras pesquisas com assuntos afins, esta pesquisa busca investigar a influência dos exercícios físicos no bem estar subjetivo desses indivíduos bem como analisar, através da utilização do modelo transteórico, os estágios de mudança comportamental e o balanço decisional (relativo aos prós e contras) desses idosos. Busca também identificar as diferenças desta análise para indivíduos

¹ Instituição que abrigou o trabalho de campo desta pesquisa. Situada na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

dos diferentes sexos, de diferentes idades e entre praticantes de exercícios físicos ou não. Como objetivo complementar, procura avaliar as barreiras e benefícios percebidos pelos frequentadores acerca da prática de exercícios físicos.

Com os objetivos propostos, esta pesquisa tem o caráter de ajudar na construção de conhecimentos que venham a somar na abertura de novas possibilidades para pessoas idosas neste momento em que tal população está em franco crescimento. Sua relevância está em discutir um tema que se faz cada vez mais necessário, pois, tal discussão pode abrir as portas para intervenções que visem a uma vida mais saudável para essas pessoas e, conseqüentemente, uma vida mais feliz.

Para alcançar seus objetivos, a presente pesquisa se organizou da seguinte forma:

Capítulo 2 – Revisão bibliográfica: Neste capítulo, foram desenvolvidos, através da busca de referenciais teóricos, os assuntos centrais deste estudo, buscando expor as ideias principais que motivaram a pesquisa e esclarecendo conceitos e teorias. Primeiramente, o assunto que envolve o envelhecimento foi discutido, trazendo explicações acerca do aumento da população idosa a nível mundial; o que se espera com o aumento dessa população; os acontecimentos a nível biológico e psicológico envolvidos durante esse processo; e os benefícios que a prática regular de atividade física pode trazer para os indivíduos idosos. Em seguida, são expostas as ideias que envolvem o bem estar subjetivo, mais precisamente sua história, conceito e importância para o desenvolvimento de pesquisas que buscam o aumento de qualidade de vida. Na sequência, o modelo transteórico é apresentado, sendo explicitado seu conceito, suas componentes e sua importância como ferramenta de análise comportamental. Por fim, é apresentado ao leitor o Centro de Convivência Itália Franco (Pró-Idoso), instituição em que a pesquisa foi realizada.

Capítulo 3 - Material e Método: Nesta parte, são descritos o local no qual a pesquisa aconteceu com suas devidas justificativas acerca desta escolha e como se deu a inserção do pesquisador neste centro de convivência. Logo após, é explicado como se deu a seleção dos participantes, a aplicação dos questionários e a caracterização dos indivíduos que participaram da amostra. Na sequência, apresentam-se as ferramentas para análise dos dados e apresenta-se o questionário utilizado para coletá-los.

Capítulo 4 – Resultados: Neste capítulo, são apresentados os dados referentes às análises quantitativas realizadas através dos questionários, mais precisamente, análises referentes ao sexo dos frequentadores, ao nível de prática de exercícios físicos, aos estágios de mudança comportamental, às barreiras e benefícios percebidos, ao bem estar subjetivo e ao balanço decisional.

Capítulo 5 – Discussão dos resultados: Já neste capítulo, os dados encontrados na presente pesquisa são comparados com outros estudos encontrados na comunidade científica para que, através disso, fosse possível avaliar a relevância da pesquisa e apresentar conclusões mais substanciadas.

Capítulo 6 – Conclusão: Neste capítulo, o trabalho se conclui, apresentando os resultados mais relevantes, junto às limitações da pesquisa e às propostas para novas investigações.

2. Revisão de literatura

2.1. Envelhecimento

2.1.1. Aumento da população idosa

O envelhecimento da população, nas últimas décadas, vem sendo considerado um dos maiores triunfos da humanidade ao mesmo tempo em que é um dos maiores desafios, uma vez que as demandas econômicas e sociais em todos os países do mundo tendem a aumentar (OMS, 2002). De acordo com Farinatti (2008), tal acontecimento é algo já esperado, devido à melhoria das condições de vida da população em geral. Kaufman (2012) acrescenta que os cuidados profiláticos obtidos através do avanço tecnológico e dos progressos científicos, junto à prevenção e aos recursos terapêuticos, têm diminuído o número de neonatos com problemas sérios e também têm produzido recursos que aumentam a expectativa de vida da população. Neri (2004) contribui mostrando que a diminuição da mortalidade infantil, a diminuição do óbito em adultos por doenças infecciosas e o declínio da taxa de natalidade têm contribuído para a concretização do fenômeno do envelhecimento populacional.

Segundo a OMS, de 1970 até 2025, é esperado um aumento de 694 milhões de idosos vivendo ao redor do mundo. A previsão para essa data é de 1,2 bilhões de pessoas acima dos 60 anos. Já em 2050, estima-se que 2 bilhões de idosos habitarão o mundo, sendo que 80% dessas pessoas estarão em países em desenvolvimento (OMS, 2002).

No Brasil, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio realizada pelo IBGE (2015), houve um significativo aumento da população idosa, que era de 9,7% em 2004, para 13,7% em 2014, sendo considerada como o grupo que mais cresceu em 10 anos. De acordo com pesquisas realizadas pelo IBGE (2015), nas quais se verifica a tendência do crescimento populacional, foi constatado que em 2030 a proporção de idosos

no Brasil pode chegar a 18,6% da população, e em 2060, 33,7%, ou seja, haveria 1 idoso a cada 3 indivíduos no Brasil. Segundo Neri (2004), o Brasil nas últimas décadas vem sofrendo um processo muito rápido de aumento na expectativa de vida, uma vez que em 1900 essa expectativa era em torno de 34 anos, em 1940 de 39 anos, em 1960 de 41 anos, em 1970 de 59 anos, em 1980 de 61 anos, em 1990 de 66 anos, e em 2010 de 73 anos. Existe ainda uma expectativa de que em 2020 seja de 75 anos. Segundo a OMS (2015), a expectativa de vida de um indivíduo nascido no Brasil, atualmente, é 20 anos a mais, quando comparado com indivíduos que nasceram há 50 anos.

2.1.2 Novas demandas para o envelhecimento populacional

O crescimento da população idosa nos instiga a pensar o formato de sociedade em que estamos vivendo. Será que ela tem condições de abrigar satisfatoriamente essa população em crescimento? Mudanças são necessárias? Se sim, em que sentido?

Segundo Farinatti (2008), estamos em um momento em que é necessário estipular políticas e iniciativas favoráveis aos idosos, uma vez que, aumentando a sua qualidade de vida e atendendo às suas demandas culturais e sociais, a capacidade de interação desses indivíduos aumenta, o que representa um benefício tanto para eles quanto para toda a comunidade. De acordo com Neri (2004), no caso do Brasil, onde existe grande desigualdade social e não há políticas de atendimento para todos os cidadãos, o envelhecimento populacional pode culminar em ônus econômico e conflitos de interesses e carências entre os cidadãos e as instituições.

Em 1994 foi criada, no Brasil, a Política Nacional do Idoso. Nela estabeleceram-se normas para os direitos sociais dos idosos garantindo autonomia, integração e participação como instrumento de cidadania. O objetivo da Política Nacional do Idoso é estabelecer condições favoráveis para o envelhecimento com qualidade de vida, promovendo ações voltadas para o

público em questão e listando as competências de várias áreas e seus órgãos. Em 1997, foi lançado o Plano de Ação Governamental para a Integração da Política Nacional do Idoso, até que, em 2003, foi sancionado o Projeto de Lei 3.561/97, no qual se originou o Estatuto do Idoso², que tem como objetivo estabelecer os direitos dos idosos para aumentar sua qualidade de vida (Farinatti, 2008).

2.1.3 O que é o envelhecimento

Mas, afinal, quem são essas pessoas a quem chamamos idosos e como se dá o processo de envelhecimento?

De acordo com a OMS (2002), são considerados idosos indivíduos com idade acima de 60 anos, mesmo sabendo que as mudanças decorrentes do processo do envelhecimento não acontecem em todos os indivíduos da mesma forma e são apenas relacionadas ao processo de envelhecimento. O envelhecimento a nível biológico é associado ao acúmulo de danos moleculares e celulares, que podem gerar uma perda fisiológica, risco de adquirir doenças que irão comprometer a saúde e o declínio funcional.

Durante esse processo, existem outras alterações relacionadas às mudanças dos papéis sociais e à necessidade de saber lidar com a perda de relações interpessoais próximas. Por isso, os idosos têm a tendência de realizar menos atividades, de estabelecer metas que serão mais significativas para eles, de aperfeiçoar as capacidades já existentes através da utilização de novas tecnologias e de buscar outras formas de realizar atividades para as quais já não se sentiam capazes. Junto a isso, observa-se que as prioridades motivacionais, objetivos e preferências também podem mudar com o passar dos anos. Algumas dessas mudanças estão diretamente relacionadas com adaptações às perdas (sociais, cognitivas, fisiológicas, dentre outras) que os indivíduos tiveram durante o processo de envelhecimento, porém, por outro lado, outras mudanças se referem ao desenvolvimento psicológico, que está

² O estatuto do idoso pode ser encontrado no link: <http://www2.camara.leg.br/a-camara/programas-institucionais/inclusao-social-e-equidade/acessibilidade/legislacao-pdf/Legislaoidoso.pdf>

associado à adaptação aos novos papéis sociais, pontos de vista e contextos de relações sociais. Por conta dessas mudanças, justifica-se que para indivíduos idosos inseridos em determinados contextos, o bem-estar subjetivo seja maior (OMS, 2015).

É também importante considerar, como nos mostram Fecine e Trompieri (2012) a partir de suas pesquisas, que o envelhecimento é um processo que varia de indivíduo para indivíduo, sendo influenciado por fatores socioeconômicos, estilo de vida e doenças crônicas, fazendo com que algumas pessoas envelheçam mais rapidamente e outras mais vagarosamente. Pelo lado biológico, o envelhecimento se relaciona com os planos molecular, celular, tecidual e orgânico dos indivíduos, enquanto que, pelo lado psíquico, as dimensões cognitivas e psicoafetivas interferem na personalidade e no afeto.

Muitos são os acontecimentos que marcam o envelhecimento e um dos mais evidentes está nas mudanças corporais. Consequências como aumento da pressão arterial, colesterol, declínio dos órgãos e dos mecanismos adaptativos também são muito comuns, gerando cada vez mais limitações. As alterações hormonais e eventos como menopausa e andropausa são outros acontecimentos que podem gerar um impacto negativo durante o envelhecimento (Kaufman, 2012).

Fecine e Trompieri (2012) em suas pesquisas encontram evidências para dividir o envelhecimento em 3 etapas: envelhecimento primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário é inerente à espécie humana, e será vivenciado por todas as pessoas, sendo considerado geneticamente determinado ou pré-determinado. Já o envelhecimento secundário é aquele que está relacionado a doenças adquiridas que não provém do processo natural do envelhecimento, e que poderiam ser evitadas na maioria das vezes, por exemplo, doenças cardíacas, câncer, lesões cerebrais, dentre outras. Os fatores externos, como os fatores ambientais, culturais, geográficos, também se incluem nos fatores que interferem no envelhecimento secundário. Por último o envelhecimento terciário é aquele que ocorre devido aos grandes danos físicos e cognitivos acumulados através do

envelhecimento e das consequências de doenças relativas à idade, causando a morte. Sendo assim, podemos considerar que o envelhecimento primário é natural, porém o envelhecimento secundário e terciário podem ser prevenidos, quando medidas adequadas são tomadas.

A população idosa é caracterizada por ter uma ampla diversidade. Conclusões da OMS (2015) afirmam que alguns adultos acima dos 80 anos apresentam capacidades físicas e mentais muito desenvolvidas, enquanto muitos indivíduos de 60 anos necessitam de auxílio para funções simples do cotidiano. Essas diferenças têm uma grande influência genética, porém o que se observa é que os fatores ambientais, tanto físicos quanto sociais, afetam diretamente a saúde e impõe obstáculos ou incentivos que irão influenciar o comportamento. Taylor (2015) complementa esse pensamento afirmando que, durante o processo de envelhecimento, as alterações tanto cognitivas quanto físicas vão ficando cada vez mais visíveis, porém, nem todas as alterações são provenientes apenas desse processo, pois muitas são provocadas por fatores ambientais e pelo estilo de vida de cada um.

Segundo Kaufman (2012), durante o processo do envelhecimento, as pessoas vão perdendo as capacidades adaptativas. Isso faz com que elas se tornem mais dependentes e necessitem de mais cuidados. Porém, muitas vezes, elas recebem o contrário. Entendendo que para o “velho”, qualquer coisa serve, a ele, por exemplo, é oferecida uma alimentação negligenciada e/ou são dadas roupas deselegantes. Medidas dessa natureza podem acentuar os efeitos deletérios do envelhecimento.

2.1.4 Consequências do envelhecimento

Fechine e Trompieri (2012) mostram, em sua revisão de literatura, que durante o processo de envelhecimento, os idosos sofrem um processo gradual de declínio cognitivo, sendo que até aos 80 anos a capacidade intelectual do indivíduo pode se manter sem dano cerebral, porém normalmente a partir dos 70 anos essas pessoas apresentam dificuldade de aprendizado e esquecimentos de fatos sem importância. Pelo lado psicológico, o

envelhecimento gera diversas mudanças, entre elas a dificuldade de adaptação a novos papéis sociais, a falta de motivação, a baixa-estima, problemas com a autoimagem, dificuldades de mudanças rápidas, perdas orgânicas e afetivas. A perda da capacidade funcional do idoso faz com que a consequente perda de autonomia e mobilidade atrapalhe as suas relações sociais, atividades diárias e bem-estar.

De acordo com Kaufman (2012), a aposentadoria é também um evento marcante e impacta de forma diferente na vida de homens e mulheres. As mulheres costumam sofrer menos com os impactos da aposentadoria, uma vez que geralmente levam uma vida com jornada dupla (trabalho e funções domésticas) e ao aposentar dedicam mais tempo à casa. Já o homem, por uma questão cultural, tem mais dificuldades em assumir essas tarefas e enfrenta maior ociosidade, sentindo mais os efeitos negativos da aposentadoria. Para ambos os sexos, a diminuição ou a perda de poder, da esfera de influência, da rotina de trabalho e do preenchimento de tempo traz sensações de vazio e desvalorização. Junto a essas questões, perdas relacionadas à renda e ao padrão de vida trazem muitas situações de estresse. Somam-se a isso, as perdas de pessoas próximas que se configuram em situações bastante traumáticas. A viuvez, a perda de parentes próximos e amigos queridos podem fazer com que os idosos se sintam cada vez mais isolados e solitários. Muitas vezes, por consequência dessas perdas, o idoso tem de optar por viver na companhia de parentes que às vezes não desejam a sua presença.

De acordo com Neto, et al. (2016), há alguns anos, como eram poucos os indivíduos que chegavam a idades mais avançadas, era considerado normal e esperado as alterações cognitivas leves que ocorriam em idosos. Atualmente, com o aumento da expectativa de vida constatou-se que essas alterações acontecem de forma variável, levando a comportamentos funcionais distintos. O envelhecimento é considerado o principal fator de risco para doenças cerebrais degenerativas e essas são causadas pela soma de fatores genéticos, ambientais e relacionados com a idade, sendo que esses fatores juntos

determinam o grau de progressão desde um envelhecimento normal até estágios de perda cognitiva avançado.

Sob o ponto de vista de Kaufman (2012), atualmente é muito comum encontrarmos idosos se queixando sobre perda de agilidade e memória, visão e audição, entusiasmo e vigor. Essas mudanças, tanto de ordem estética quanto relacionadas aos papéis sociais, sinalizam a decadência e finitude. As alterações corporais e o aumento de limitações como rugas, manchas, diminuição dos sentidos e apetite, libido e dos movimentos podem causar um grande impacto na percepção da autoimagem e gerar angústia.

De acordo com Taylor (2015), na medida em que vamos envelhecendo, tornamo-nos mais dependentes de sistemas de assistência médica. O autor diz que, na América do Norte, apesar de corresponderem apenas a 13% da população, os idosos são responsáveis por 30% dos gastos com assistência médica. Ele diz ainda que por problemas de saúde de longa duração, mais de 25% de indivíduos acima de 65 anos apresentam limitações para a realização das atividades e que 4 a cada 5 idosos que vivem em casa sofrem de pelo menos um problema de saúde crônico além de 84% dos idosos usarem com regularidade pelo menos 1 medicação.

2.1.5 Visão atual sobre o idoso

A partir da visão de Kaufman (2012) o significado de ser “velho” atualmente é diferente quando comparado aos tempos passados, uma vez que o idoso, visto como uma pessoa de cabelo branco, muitas vezes marginalizado pela família, fora de atividades profissionais e sendo cuidado por familiares, já não é uma realidade tão frequente. É comum, hoje em dia, vermos idosos ativos e famílias que dependem financeiramente da produção dos mais velhos. Monteiro et al. (2014) acrescenta que em tempos passados associavam-se os idosos a pessoas relacionadas a doenças, a dependências e perdas biológicas, funcionais, psicológicas e sociais. Por outro lado, atualmente, com o avanço dos estudos acerca do envelhecimento, esse processo está ganhando características mais revitalizadoras, sendo visto como uma etapa da vida na

qual se é possível realizar projetos adiados anteriormente e buscar maior satisfação pessoal.

Porém, mesmo diante de tais mudanças, ainda é comum que a sociedade, de forma equivocada, ainda mantenha o envelhecimento como um processo associado a doenças, debilidades físicas e mentais, dando um peso negativo a essa fase da vida

Por muitas vezes, entendemos que, para os idosos, os problemas de saúde, principalmente os de ordem mental, são incuráveis e não passíveis de tratamento. Ainda costumamos acreditar que a demência, a depressão e a esquizofrenia são doenças esperadas para a velhice. Tais pensamentos geram impactos na vida dos idosos, entre eles, limitam sua autonomia e diminuem seu poder de decisão. Faz-se necessário criticar essa forma de encarar a vida idosa (Falcão & Araújo, 2010). Outras formas de se constituir a velhice devem, assim, ser pensadas e concretizadas.

2.1.6 Benefícios do exercício físico no envelhecimento

A valorização do exercício físico no período de envelhecimento pode ser uma forma de olharmos para essa fase da vida buscando ultrapassar antigas visões e preconceitos, além de entrar num contexto de incentivo a novos projetos, ressignificando a vida idosa e colaborando para a qualidade de vida da população que a vivencia.

Para entender melhor a relação entre os exercícios físicos e indivíduos idosos, torna-se interessante definir a diferença conceitual entre atividade física e exercício físico. Segundo Caspersen et al. (1985), a atividade física é definida como qualquer movimento corporal realizado pela musculatura esquelética que tenha como resultado o gasto energético. Já o exercício físico é uma categoria das atividades físicas, sendo, porém, planejado, estruturado e repetitivo, objetivando melhorar ou manter atributos relacionados à saúde ou habilidades físicas.

De acordo com Neto, et al. (2016) é importante pensarmos que o envelhecimento humano só é considerado uma vitória quando é agregado uma qualidade de vida a esses anos vividos a mais, pois quando vivemos mais, dispomos de um maior tempo livre que necessita ser bem utilizado. A partir desse ponto de vista, podemos pensar nos exercícios físicos como uma das ações que podem promover a qualidade de vida dos idosos e contribuir para que o envelhecimento seja realmente prazeroso.

Segundo Farinatti (2008), a ideia de que a prática de exercícios físicos exercem efeitos positivos na capacidade funcional de idosos é relativamente nova. Até os anos 60 existia a ideia de que praticar exercícios eram ações exclusivas de pessoas mais jovens, acreditando que um idoso submetido a tais práticas poderia ter consequências negativas e estar exposto a perigos, devendo, então, evitá-las. Acreditava-se que a expectativa de vida das pessoas estava diretamente relacionada com a temperatura, gasto energético e o nível de atividade física realizada. A partir de 1950 começou a publicação de estudos mostrando que uma vida ativa poderia contribuir para uma vida mais saudável. Morris *et al.* (1953) realizou um estudo que pode ser considerado pioneiro, com uma amostra de 31.000 condutores de transporte público em Londres, dentre eles pessoas ativas e inativas. O estudo buscava encontrar variáveis associadas à incidência de doenças coronarianas. Concluiu-se daí, que o nível de atividade física dos participantes era preditor da incidência de doenças cardiovasculares. A partir desse estudo, pesquisas começaram a ser realizadas e a concepção da relação do idoso com atividade física vem mudando desde então.

Uma pesquisa da OMS (2015) mostra que para viver um envelhecimento saudável, é necessário primeiramente ter uma boa capacidade intrínseca, que é constituída das capacidades físicas e mentais de cada indivíduo. Junto a isso, o ambiente no qual o indivíduo está inserido surge como um segundo fator, uma vez que ele exerce grande influência no que o idoso pode fazer. Portanto, a combinação desses dois fatores é chamada de capacidade funcional, e é definida pela OMS (2015, pág. 13) como “*atributos relacionados*

à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que com motivo valorizam”. Portanto, o envelhecimento saudável consiste em o indivíduo manter o máximo possível a sua capacidade funcional, mesmo sabendo que essa variável não seja constante.

Em sua pesquisa, Monteiro et al. (2014) acrescenta que indivíduos sedentários, dependentes e incapazes funcionalmente, quando associados com os efeitos do envelhecimento, e o declínio cognitivo, têm sua autonomia diretamente afetada, fazendo com que tenham grandes chances de serem institucionalizados. Estudos realizados por Mazzeo (1998) evidenciaram que a prática de exercícios físicos em indivíduos idosos tem apresentado muita influência no aumento da qualidade de vida destas pessoas. Essa prática diminui significativamente o declínio funcional e cognitivo. A prática regular ajuda a manter e melhorar a saúde cardiovascular, diminui os fatores de riscos e incidência de doenças, previne a perda de massa magra, melhora a saúde óssea, estabilidade postural e aumenta a flexibilidade e amplitude de movimento.. Evidências também sugerem que a prática de exercícios físicos fornecem uma série de benefícios psicológicos relacionados aos aspectos cognitivos, alívio de sintomas da depressão e um aumento na percepção de autonomia e controle pessoal. Contribuindo para tais conclusões, Monteiro et al. (2014) constata em suas pesquisas que a atividade física pode ser utilizada para retardar e atenuar o processo deletério do envelhecimento, pois irá promover a saúde orgânica, como o aumento da capacidade cardiovascular, melhora no tempo de reação, ganho de força muscular, otimização da memória, dos aspectos cognitivos e das habilidades sociais.

Os exercícios físicos parecem, assim, contribuir no aumento da expectativa de vida, atenuam as condições debilitantes decorrentes do envelhecimento, e promovem uma melhora da qualidade de vida. Junto a isso, de acordo com Camboim et al. (2017) os exercícios físicos influenciam diretamente no processo de envelhecimento, pois ajuda na prevenção de doenças e no aumento da longevidade. Quando praticada regularmente, a atividade física proporciona ao idoso autonomia e liberdade para a realização

de tarefas diárias e também diminui os efeitos negativos do processo de envelhecimento relacionados à parte fisiológica e psicológica, minimizando os riscos de estresse, depressão e diminuição da capacidade funcional. Porém, estudos dos mesmos autores mostram que apesar desses fatos, uma grande parcela dos idosos permanece inativa, e os principais motivos para isto é a sensação de fragilidade, o medo de sofrer quedas, a falta de orientação e estímulo por parte dos membros da família, comunidade e profissionais da saúde.

Fechine e Trompieri (2012) acrescentam que a inatividade física acarreta um acentuado declínio na capacidade funcional, o que irá refletir diretamente na autonomia e independência. Justificam que uma vida ativa auxilia os idosos a se manterem independentes por mais tempo. Os idosos que são praticantes de exercício físico poderão aumentar de 6 a 10 anos a sua expectativa de vida aliada à qualidade, uma vez que além de beneficiar a capacidade física desses indivíduos, os exercícios físicos influenciam, também, na sua capacidade mental.

Compreende-se que os idosos fisicamente ativos apresentam menos propensão a aquisição de doenças e à incapacidade funcional. Apresentam também um melhor bem-estar físico e se mostram mais envolvidos em atividades sociais. Ao contrário disso, pessoas inativas fisicamente têm mais suscetibilidade para uma saúde piorada, correndo maiores riscos de sofrerem de atrofia muscular e baixa força e resistência muscular e junto a isso o aumento da mortalidade. Nessa pesquisa é afirmado também que os benefícios dos exercícios físicos poderão ser usufruídos por idosos de qualquer idade, mesmo os que começaram a praticá-los em uma época mais tardia, sendo uma importante ferramenta a ser utilizada como parte de uma política de educação para a saúde (Monteiro et al., 2014).

Segundo Taylor (2015), o condicionamento cardiovascular e muscular podem contribuir significativamente para uma qualidade de vida maior na população idosa. O condicionamento físico trabalhado na meia-idade e durante o início do envelhecimento ajuda a retardar o envelhecimento e mantém o pico

de desempenho. O trabalho com a força de membros superiores e inferiores, resistência do core, equilíbrio, flexibilidade, coordenação, controle da dor, humor e autoconfiança promovem a condição de independência para os idosos. Tudo isso pode concorrer de forma determinante para que os idosos possam continuar a viver em casa desempenhando suas atividades cotidianas com maior autonomia.

A prática regular de atividade física atualmente também tem sido estudada a nível psicológico e está relacionada com o aumento do bem-estar e ao combate de doenças como a depressão. Esses estudos de ordem psicológica têm encontrado relações positivas entre a prática de exercício físico e o bem-estar subjetivo. (Monteiro et al., 2014)

Monteiro et al. (2014) acrescenta que embora o exercício físico apresente atualmente evidências em ser uma prática saudável e muito vantajosa, contraditoriamente ainda existem muitos idosos sedentários, grupo no qual mulheres idosas, de baixa condição socioeconômica e baixa escolaridade são os indivíduos mais prevalentes.

De acordo com Jacob Filho (2006), apesar de existirem inúmeras evidências comprovando os benefícios dos exercícios físicos para indivíduos idosos, os avanços tecnológicos têm propiciado às pessoas, cada vez mais, a redução das atividades motoras, incluindo as atividades de lazer, atividades domésticas e no trabalho. Com isso estamos vivendo um grande paradoxo: na medida em que as pesquisas demonstram as benesses do exercício físico na saúde, a população, principalmente nos grandes centros urbanos, limita cada vez mais as possibilidades de se movimentar, tornando-se inativa com mais facilidade e justificando o fato de que atualmente mais de 90% dos idosos são sedentários. Ainda a partir do estudo de Jacob Filho (2006), dentre as causas que justificam o sedentarismo, podemos destacar três grupos que são as causas orgânicas, as causas culturais e as causas ambientais. As causas orgânicas geralmente são relacionadas a algum tipo de lesão que foi utilizada como justificativa da interrupção ou da não prática de atividades físicas. Em alguns casos, a opinião médica contribui muito para essa cessação, uma vez

que ainda existem médicos que, por razão de desconhecimento dos benefícios, desaconselham a busca pela prática de atividade física pelos seus pacientes. As causas culturais se referem ao conhecimento tradicional de que os idosos devem evitar ao máximo os estímulos motores, gerando um alto protecionismo por parte dos familiares e cuidadores, privando esses indivíduos de desenvolverem sua autonomia e independência. Por último existem as causas ambientais que são as dificuldades de percurso principalmente em locais públicos, que se tornam grandes armadilhas para essas pessoas, como ruas irregulares, falta de corrimão nas escadas, presença de ambulantes nas ruas, falta de semáforos e faixas para pedestres.

Diversas pesquisas têm demonstrado a prevalência da incapacidade funcional em idosos no Brasil, o que é um fator que está diretamente relacionado com a diminuição da qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que a autonomia é altamente afetada na medida em que a capacidade funcional é diminuída. Fiedler e Peres (2008) encontram em seu estudo que em um município no interior de Santa Catarina, em uma amostra de 345 idosos com idade compreendida entre 60 e 94 anos, um total de 37,1% dos indivíduos pesquisados apresenta capacidade funcional inadequada. Outra pesquisa realizada por Coelho Filho e Ramos (1999) na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará concluiu, através de um questionário, que dos 667 idosos entrevistados, apenas 52,3% relataram ter autonomia total para a realização de atividades diárias, mostrando que quase metade da amostra é dependente em ao menos um aspecto do dia a dia. Nessa mesma linha, Nunes et al. (2010) concluíram em sua pesquisa que em uma amostra de 388 idosos residentes de diversos estados do Brasil, 31,7% dos pesquisados eram parcialmente dependentes e 3,1% mostravam total dependência para a realização de atividades de vida diária que, nessa pesquisa, foram entendidas como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, usar sanitário, deambular, dentre outros. Em relação às atividades instrumentais de vida diária, que foram compreendidas como: preparar alimentos, realizar tarefas domésticas, lavar roupas, manusear medicamentos, usar telefone, fazer compras, utilizar meio de transporte,

concluiu-se que 45,7% da amostra eram parcialmente dependentes e 14,9% eram completamente dependentes.

Sabendo do atual processo de envelhecimento populacional e de como os indivíduos são impactados, principalmente do ponto de vista psicológico e fisiológico, afetando diretamente a qualidade de vida, torna-se importante investigar o bem estar subjetivo dessas pessoas a fim de analisar as variáveis que influenciam tal componente e sua relação com a prática de exercícios físicos.

2.2 Bem estar subjetivo

2.2.1 Breve história do estudo do bem estar subjetivo

O bem estar subjetivo tem ganhado destaque nas últimas décadas, depois de longo período sendo deixado em segundo plano pelos profissionais da psicologia. Para esses, a prioridade girava em torno de pesquisas acerca da infelicidade. Nota-se agora, no entanto, uma tentativa de reversão dessa situação por parte da comunidade científica. Em 1973 a Psychological Abstract International inseriu o termo felicidade como um “index term” e em 1974, com a criação do jornal Social Indicators Research, diversos artigos a respeito do bem estar subjetivo foram lançados (Diener, 1984).

Siqueira e Padovam (2008) afirmam que atualmente as pessoas não são estimuladas a refletir sobre seus momentos de prazer e felicidade mesmo sabendo de sua importância como componentes para se alcançar uma vida saudável. Por conta de uma vida muito ocupada, em que a maioria das pessoas estão inseridas, não sobra tempo para refletir acerca de tais questões. Tendo isso em vista, diversos pesquisadores no mundo vêm tentando analisar o quanto as pessoas são felizes. Tay, Kuykendall e Diener (2014) concluíram que as pesquisas acerca do bem estar subjetivo e da felicidade têm aumentado muito nos últimos anos, mostrando a relevância de se estudar esse tema. Em 2000 foram publicados cerca de 350 artigos com esse foco e em 2011 foram publicados cerca de 1500 artigos, um aumento de 5 vezes dentro desse período de tempo, evidenciando a crescente busca e interesse relacionados à psicologia positiva.

O entendimento a respeito da felicidade é uma busca milenar e intriga as pessoas desde a Grécia antiga, onde filósofos como Aristóteles já pensavam sobre ela. Nas últimas décadas, pesquisadores investigaram o bem estar a fim de trazer evidências científicas e torná-lo um dos assuntos mais discutidos atualmente, sendo considerado um dos fatores psicológicos mais importantes para se alcançar uma vida saudável (Siqueira & Padovam, 2008). O bem estar subjetivo está diretamente relacionado com a tradição do hedonismo, uma vez

que essa teoria acredita que a felicidade é o resultado de um balanço entre as emoções positivas e negativas, tendo como foco para a compreensão desta o estudo da experiência afetiva. (Pavot & Diener, 2013)

2.2.2 O que é o bem estar subjetivo

De acordo com uma revisão elaborada por Siqueira e Padovam (2008), o bem estar subjetivo constitui um campo de estudos no qual um indivíduo avalia sua vida, baseando-se em dois principais tópicos que são a satisfação com a vida e a felicidade. Para obter-se uma boa avaliação de bem estar subjetivo o indivíduo deve apresentar um alto índice de satisfação com a vida, alta frequência de emoções positivas e baixa frequência de emoções negativas. Nesse campo de pesquisa não se procura estudar estados psicológicos negativos e patológicos, como a depressão, ansiedade e estresse. As ideias que cercam o bem estar subjetivo vão ao encontro dos princípios da psicologia positiva. Diener (1984) acrescenta ainda que o bem estar subjetivo é baseado em como e porque as pessoas experienciam as suas vidas no aspecto positivo, tanto no julgamento cognitivo quanto nas reações afetivas.

O bem estar subjetivo é um componente que necessita uma autoavaliação de maneira subjetiva e que seja baseada em suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias, ou seja, não é adequado avaliar esse componente através de indicadores externos, mesmo que esses indicadores comprovadamente influenciem a qualidade de vida das pessoas, como controle de doenças ou o baixo índice de criminalidade, taxa de desemprego e analfabetismo, por exemplo. Foi observado também que as análises de bem estar estão muito mais relacionadas à quantidade de vezes em que o indivíduo vivenciou as emoções positivas do que à intensidade em que essas emoções foram vividas. Isso porque, dessa forma, os indivíduos analisados irão considerar que experiências positivas muito intensas são mais raras e geralmente envolvem um custo (Siqueira & Padovam, 2008).

De acordo com Pavot e Diener (2013) existem 3 grandes características que acompanham o bem estar subjetivo. A primeira delas é a de que a

avaliação é subjetiva. A segunda é a de que o bem estar subjetivo não representa apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de emoções positivas. A terceira é a de que a avaliação do bem estar subjetivo é realizada de forma global, e não focada exclusivamente em um domínio da vida.

Antes acreditava-se que o bem estar subjetivo era considerado estável e pré-determinado geneticamente, porém, atualmente é sabido que o bem estar subjetivo pode ser modificado ao longo do tempo. Em seu estudo, Monteiro et al. (2014) encontrou evidências de que o bem estar subjetivo sofre influência cultural, da hereditariedade e de variáveis como idade, sexo e nível socioeconômico e cultural. Outros estudos (Lucas, Diener, & Suh, 1996; Magnus et al., 1993) mostram que os níveis de bem estar subjetivo permaneceram estáveis em muitas pessoas por um longo período de tempo. Isso é explicado pela teoria da “esteira hedônica” que diz que eventos impactantes ocorridos na vida de uma pessoa, como é o caso da morte de um ente querido, por exemplo, passam por um processo de adaptação. Os indivíduos adaptados às novas circunstâncias geradas pelo evento retornam ao ponto neutro de afetividade. Dessa forma, tais eventos, a princípio impactantes, perdem tal significado e não interferem no bem estar subjetivo. Esses eventos, também podem alterar por um longo período de tempo o bem estar subjetivo, mostrando que a ideia de estabilidade do bem estar subjetivo é relativa. Porém, a discussão a respeito de tal estabilidade não foi finalizada ainda. Entretanto, o que se encontrou até agora sugere que a maioria das pessoas tem a tendência a ter o bem estar subjetivo relativamente estável. No entanto, sabe-se que os eventos da vida causam alterações no nível de bem estar subjetivo, podendo estas serem duradouras ou não (Pavot & Diener, 2013).

Pavot e Diener (2013) ainda analisam algumas diferenças a cerca dos níveis de bem estar subjetivo em relação a outras variáveis. Uma dessas variáveis é em relação ao sexo. Embora não tenham aparecido diferenças relevantes nos relatos de bem estar subjetivo entre homens e mulheres, concluiu-se que as mulheres são mais propensas a experimentarem níveis

extremos, tanto muito alto quanto muito baixo, do que os homens. No entanto, a média permanece sem diferenças entre os dois sexos. Outra variável importante é a idade. Uma crença comum de que com o envelhecimento as pessoas iriam se tornando infelizes muda a partir de pesquisas que mostram que o componente cognitivo tende a aumentar e o componente afetivo tende a permanecer estável com o aumento da idade. Dessa forma, os níveis de bem estar subjetivo aumentam com o passar dos anos, e só diminuem quando as pessoas estão próximas da morte. O estado civil também foi uma variável analisada. Nesse caso, percebeu-se que existe uma tendência de indivíduos casados atingirem níveis maiores de bem estar subjetivo. Por último, o salário foi uma variável estudada com o intuito de avaliar seu impacto no bem estar subjetivo. Daí, concluiu-se que em níveis mais próximos da pobreza, o impacto do ordenado influencia no bem estar subjetivo e esse impacto diminui na medida em que o nível de renda aumenta. Foi observado que americanos com nível de renda alta apresentavam pouca diferença no nível de bem estar subjetivo em relação à maioria das pessoas, e muitas vezes apresentavam valores abaixo da média (Pavot & Diener, 2013).

Wilson (1967) realizou uma pesquisa de revisão na qual concluiu que pessoas felizes são pessoas jovens, saudáveis, educadas, com bom salário, extrovertidas, otimistas, despreocupados, religiosas, casadas, com boa autoestima, com boa reputação em seu emprego, poucas ambições, de ambos os sexos e uma grande variedade de inteligência. Em suas pesquisas, Diener e Diener (1996) afirmam que em cerca de 86% dos países em que houve investigações acerca do bem estar subjetivo índices positivos foram apresentados, incluindo o Brasil. Por outro lado, nessa mesma pesquisa é demonstrado que até mesmo os grupos menos favorecidos como indivíduos com baixa condição socioeconômica, indivíduos com deficiência (quadriplegia e cegueira) e cadeirantes relataram um alto nível de bem estar subjetivo.

De acordo com Tay, Kuykendall e Diener (2014), para realizar a avaliação do bem estar subjetivo já foram utilizados vários instrumentos, dentre eles a “Satisfaction with life scale” (SWLS) (Diener et al., 1985), “Positive and

Negative Affects Schedule” (PANAS) (Watson, Clark e Tellegen, 1988) e a “Scale of Positive and Negative Experience” (SPANE) (Diener et al., 2009). Outras formas de avaliação do bem estar subjetivo têm sido propostas, como é o caso do “Day Reconstruction Method” (Kahneman et al., 2004), porém, estas, por serem novas propostas, exigem mais aprofundamento. Já a escala de avaliação de bem estar subjetivo proposta por Diener (1984) possui evidências científicas demonstrando a validade dos escores e confiabilidade de medidas. Por isso, atualmente, para a avaliação do bem estar subjetivo são utilizados dois instrumentos, que são a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) proposto por Diener et al. (1985), e a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS), proposto por Watson, Clark & Tellegen (1988).

2.2.3 Escala de satisfação com a vida

Siqueira e Padovam (2008), através de suas pesquisas, mostram que a satisfação com a vida, correspondente à dimensão cognitiva da avaliação do bem estar subjetivo, é o julgamento que o indivíduo faz sobre sua vida, e que demonstra o quanto está próximo de realizar suas aspirações. A satisfação com a vida é uma maneira subjetiva de se avaliar a qualidade de vida ao lado da felicidade e bem-estar, uma vez que as diferenças culturais na percepção do padrão de vida são consideradas para tal avaliação, enquanto a abordagem objetiva da análise da qualidade de vida leva em conta aspectos como saúde, ambiente físico, recursos, moradia, dentre outros fatores. Por esses motivos, a análise da satisfação com a vida apresenta valores diferentes em indivíduos que vivenciam uma mesma cultura.

A escala de satisfação com a vida é composta por uma série multidimensional contendo 5 frases, que são: “Na maioria dos aspectos, a minha vida aproxima-se do meu ideal de vida”; “As condições da minha vida são excelentes”; “Estou satisfeito com a minha vida”; “Até agora, tenho conseguido alcançar as coisas que considero importantes na vida”; “Se pudesse viver a minha vida outra vez não mudaria quase nada”. Cada um desses itens possui 5 opções de marcação enumeradas de 1 (Discordo

totalmente) a 5 (Concordo totalmente), que representa o quanto o indivíduo concorda com a frase.

A partir dos anos 1980, a satisfação com a vida foi reconhecida como o componente cognitivo do bem estar subjetivo e isso foi um grande passo nessa área, pois tornou-se possível distinguir o componente emocional (afetos positivos e negativos) da satisfação com a vida e, junto a isso, veio a compreensão de como se estruturavam os dois componentes do bem estar subjetivo em populações com características diferentes. Um desses exemplos foi concluir que indivíduos idosos eram mais satisfeitos com a vida do que pessoas jovens, porém apresentavam menor valor de afetos positivos (Siqueira & Padovam, 2008).

2.2.4 Afetos positivos e negativos

Siqueira e Padovam (2008) mostram em sua pesquisa que em 1988 a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) foi validada por Watson e colegas. Essa lista é apresentada em forma de um questionário considerado eficiente, válido e consistente para a análise da afetividade. É composta por 20 termos, sendo 10 referentes aos afetos positivos (interessado, forte, entusiasmado, orgulhoso, ativo, inspirado, determinado, atento, animado e estimulado), e 10 referentes aos afetos negativos (angustiado, descontrolado, culpado, assustado, hostil, irritado, envergonhado, nervoso, inquieto e amedrontado). Um alto resultado de afetos positivos indica que a pessoa se sente com muita energia, concentração plena e engajamento prazeroso, enquanto um baixo resultado de afetos positivos está relacionado com tristeza e letargia. Já um indivíduo que atingir alto nível de afetos negativos se associa aos sentimentos de raiva, desprezo, culpa, medo e nervosismo, enquanto um baixo nível de afetos negativos se associa com calma, serenidade e sossego. Em um estudo realizado por Pavot e Diener (2013) concluiu-se que, para o componente afetivo, a personalidade exerce grande influência no resultado do questionário. Altos níveis de afetos positivos predizem baixas taxas de doenças cardiovasculares e uma recuperação mais rápida (DeNeve et al., 2013). Do ponto de vista fisiológico, as emoções negativas tem uma relação direta com a

piora do funcionamento cardiovascular, endócrino e imunológico, enquanto as emoções positivas ajudam na melhora desse funcionamento (Diener & Tay, 2013).

Nos anos de 1980, o PANAS foi utilizado na maioria dos estudos acerca dos afetos, porém, ele não era visto como um componente do bem estar subjetivo, mas sim como um questionário para avaliar traços de personalidade. Os afetos positivos eram relacionados a características de personalidade positivas, como a extroversão, enquanto os afetos negativos se associavam a características negativas, como o neuroticismo. Essa escala era utilizada como indicadora de doenças mentais ou psicopatologias como a depressão, a ansiedade e o estresse (Siqueira e Padovam, 2008).

2.2.5 Importância do bem estar subjetivo

O bem estar subjetivo se tornou uma importante ferramenta de avaliação de qualidade de vida, uma vez que, apesar de vivermos em um ambiente definido objetivamente, respondemos ao mundo de forma subjetiva (Siqueira & Padovam, 2008).

Devemos nos lembrar que pessoas felizes não são isentas de sentimentos negativos. Elas apenas vivenciam com mais frequência os sentimentos positivos e experimentam sentimentos negativos ocasionalmente e em situações apropriadas. Exemplo disso é o medo, emoção que às vezes é necessária para um indivíduo evitar situações de perigo, sendo também um sentimento comum de se vivenciar com a perda de uma pessoa próxima (Diener & Tay, 2013). Através de pesquisas de Diener e Diener (1996), concluiu-se que as pessoas tendem a ser cognitivamente positivas, pois emitem mais frequentemente pensamentos positivos do que negativos. Além disso, é comum que se julguem melhores que outras pessoas na maioria das dimensões e ainda consigam lembrar-se de eventos positivos com maior rapidez do que se lembram de eventos negativos. Tudo isso ajuda-nos a inferir que a maioria das pessoas tende ao otimismo.

Tay, Kuykendall e Diener (2014) concluem em suas pesquisas que um alto nível de bem estar subjetivo é um dos objetivos mais importantes que as pessoas buscam em suas vidas, sendo destacado, muitas vezes, como uma meta mais importante que a de acumular riquezas.

Esses autores ressaltam que vários estudos têm sido desenvolvidos comprovando a influência direta de um alto nível de bem estar subjetivo na saúde, não só como mera associação, mas também como responsável pela aquisição de mais saúde e aumento da longevidade. Em suas pesquisas foram encontradas evidências de que as emoções positivas podem melhorar o sistema cardiovascular, imunológico e endócrino, enquanto as emoções negativas se relacionam com disfunções regulatórias. As emoções exercem um grande poder no funcionamento fisiológico, criando resistência ou vulnerabilidade às doenças. A prevalência de emoções positivas também está associada à diminuição da probabilidade de adquirir hipertensão, diabetes mellitus e doenças do trato respiratório. DeNeve et al. (2013) mostram que indivíduos com altos níveis de bem estar subjetivo tendem a se alimentar de forma mais saudável, praticar exercícios físicos e ter menos hábitos tabagistas. Diener e Tay (2013) corroborando com essas ideias, mostram que pessoas com baixo nível de bem estar subjetivo têm sua saúde afetada, pois, atualmente, sabe-se que pessoas infelizes e com quadro depressivo são mais propensas a desenvolverem doenças cardíacas e acidente vascular cerebral. O stress também está associado a um sistema imunológico mais fraco, criando condições para várias doenças e patologias. DeNeve et al. (2013) acrescentam ainda que em países com a predominância de alto nível de bem estar subjetivo foram encontrados resultados afirmando que uma parcela menor da população era afetada pela hipertensão quando comparados a países com baixos níveis de bem estar subjetivo.

Há algum tempo, as religiões e os livros de autoajuda já demonstram que a felicidade traz diversos benefícios. Atualmente, essa discussão tem sido alvo de pesquisas que enfatizam tal afirmação. Ter um elevado nível de bem-estar ajuda as pessoas a enfrentarem os desafios futuros e também a

buscarem objetivos que promovam ganhos ao invés de metas que apenas previnam as perdas. Apesar de a felicidade apresentar inúmeras vantagens, ela não irá evitar acontecimentos desagradáveis, ela é apenas um dos fatores que levam as pessoas a vivenciarem uma boa saúde (Diener & Tay, 2013). Em seus estudos, DeNeve et al. (2013) encontraram evidências que sustentam o fato de que pessoas que vivenciam um maior nível de bem estar subjetivo diminuem o risco de morte, independente de serem ou não portadoras de algum tipo de doença. Por outro lado, pessoas com menor nível de bem estar subjetivo podem se deparar com a morte mais precocemente. A essas últimas, soma-se o fato de sofrerem mais com os efeitos das doenças e terem um envelhecimento mais acelerado devido ao estresse.

Do ponto de vista da socialização, vários estudos (Diener e Tay, 2013; Tay, Kuykendall E Diener ,2014; DeNeve et al., 2013) encontraram evidências que mostram que um alto nível de bem estar subjetivo influencia diretamente as relações sociais e ao mesmo tempo é afetado por elas, uma vez que a felicidade aumenta o nível de sociabilidade das pessoas e melhora a qualidade das interações interpessoais. Com isso, pessoas mais felizes tendem a ter mais quantidade e qualidade de amizades. Esses indivíduos também são mais propensos a serem melhores vizinhos, melhores colegas de trabalho e melhores cidadãos. Esses mesmos autores indicam que pessoas que vivenciam frequentes emoções positivas criam uma tendência a serem mais sociáveis e a participarem e se interessarem por atividades sociais, enquanto pessoas que experimentam mais as emoções negativas apresentam desinteresse em atividades sociais e são acompanhadas de sentimentos de aborrecimento, falta de vontade de se socializarem e realizarem ações, mostrando-se desmotivadas. Pessoas deprimidas também influenciam as outras a pensarem negativo e, como consequência disso, outros indivíduos passam a evitar a interação com pessoas infelizes.

Pesquisas de Diener e Tay (2013) e DeNeve et al. (2013) demonstraram que a felicidade não é só uma medida de bem-estar pessoal, mas sim uma dimensão que tem a capacidade de trazer diversos efeitos que irão beneficiar

tanto o indivíduo quanto a sociedade. Uma pessoa feliz tem mais propensão a ser mais produtiva, criativa, útil e com uma saúde melhor. Outro fator interessante é que a felicidade tem um efeito “bola de neve”, no qual pessoas felizes são propensas a trazerem felicidade às pessoas próximas, tornando-as felizes também e consequentemente criando redes de indivíduos mais felizes. Diener e Tay (2013) dizem que a visão acerca da felicidade já não é mais a mesma de tempos atrás, quando era relacionada ao hedonismo, sendo usufruída de maneira individualista. Atualmente observa-se que pessoas mais felizes contribuem de maneira mais efetiva para a sociedade de maneira geral.

Já no que diz respeito ao trabalho, outras pesquisas (Diener e Tay, 2013; DeNeve et al., 2013) mostram que indivíduos com maior nível de bem estar subjetivo tendem a ser mais produtivos, criativos e cooperativos. A prevalência de emoções positivas motiva os indivíduos a alcançarem o sucesso no trabalho e tentarem alcançar os objetivos. Esses indivíduos também conseguem assimilar mais informações e terem novas idéias, auxiliando na criatividade. Como os indivíduos mais felizes têm uma saúde melhor quando comparados aos infelizes, eles tendem a ser mais produtivos uma vez que não irão faltar muitos dias de trabalho por motivos de doenças. Outro fator já levantado é que estas pessoas tendem a se relacionar com mais facilidade, tornando-se um trabalhador mais cooperativo e com menos propensão ao abandono. Tay, Kuykendall e Diener (2014) acrescentam dizendo que o trabalho é visto como um fator muito importante na manutenção do bem estar subjetivo, uma vez que gera uma forte identidade para os indivíduos. Além disso, fornece recursos físicos, sociais, psicológicos e monetários para elevar os níveis de bem estar subjetivo. Ao mesmo tempo, o desemprego se mostra como um fator que influencia diretamente a autoeficácia, a autoestima e diversos outros fatores psicológicos que podem diminuir o bem estar subjetivo. Além disso, tem se mostrado como um grande influenciador para que pessoas cometam suicídio.

Após conhecer a relevância em se analisar o bem estar subjetivo e sabendo da importância da prática de exercícios físicos para a saúde do idoso, outro passo se tornou fundamental nesta pesquisa: investigar, através do modelo transteórico, em qual estágio de mudança comportamental os indivíduos se encontram, além de investigar quais são os prós e os contras relativos à prática de exercícios físicos considerados por essa população. Isso nos possibilitará chegar mais próximos a estratégias de intervenção mais eficientes com o objetivo de tornar os idosos mais ativos fisicamente.

2.3 Modelo transteórico

2.3.1 O que é o modelo transteórico

O modelo transteórico é uma ferramenta de análise comportamental que inicialmente era utilizada em pesquisas que envolviam a cessação do tabagismo e posteriormente passou a ser utilizada em diversos estudos a respeito de mudanças de hábitos relacionadas à saúde, inclusive sobre a prática de atividade física. Ela sugere que os indivíduos atravessam, de forma dinâmica, uma série de etapas durante a tentativa de adquirir comportamentos esperados e cessar com hábitos maléficos (Dumith, Gigante & Domingues, 2007). Prochaska e Velicer (1997) acrescentam ainda que o modelo transteórico é o resultado de uma análise comparativa que envolvia as principais teorias da psicoterapia e da mudança comportamental, e que foi ampliada e validada através dos estudos acerca de outros comportamentos.

Estudos de Dumith, Gigante e Domingues (2007) mostram que a realização da avaliação dos estágios de mudança do modelo transteórico em uma população facilita a compreensão a respeito de como elaborar estratégias de aquisição de hábitos de saúde, não só para indivíduos que desejam mudar um comportamento nocivo, mas também para toda a população. Além disso, o modelo transteórico é uma forma de pesquisa de rápida execução e com custos mais baixos, podendo ser incorporado facilmente em pesquisas na área da saúde. De acordo com Marcus e Lewis (2003), a aplicação do modelo transteórico se torna eficaz quando esse é utilizado para o desenvolvimento de intervenções específicas para grupos ou indivíduos que se encaixam em diferentes estágios de mudança, considerando que esses grupos apresentem necessidades distintas entre eles. Por exemplo, seria mais interessante discutir sobre a recaída com pessoas que já abandonaram o uso do tabaco por mais de 6 meses do que com pessoas que ainda não pensam em parar de fumar. Por outro lado, para indivíduos que não tenham a intenção de abandonar o sedentarismo deve-se focar mais na oferta de informações sobre os benefícios

da prática de exercícios físicos se comparados a indivíduos que já são praticantes.

De acordo com Marcus e Simkim (1994) é interessante saber o conceito de estágios, para compreender o processo de mudança. O estágio está entre os traços de personalidade e os estados, tendo em vista que os traços são características muito estáveis e difíceis de mudar. Os estados, por não serem muito estáveis, são características alteradas com facilidade. Já o estágio, embora seja estável, é também dinâmico, podendo apresentar mudanças mesmo que isso demande certo tempo.

2.3.2. Os estágios de mudança comportamental

Pelo modelo transteórico, a mudança de comportamento se dá na ocorrência de fenômenos ao longo do tempo, entendendo que os indivíduos progridem através de seis estágios até alcançarem a aquisição de um novo hábito. A seguir, discutiremos esses estágios levando em consideração a aquisição do hábito de se praticar exercícios físicos.

A pré-contemplação é o primeiro estágio. É caracterizado pela não intenção de agir visando uma mudança pelos próximos seis meses. Os indivíduos que estão nessa etapa geralmente estão desinformados ou mal informados a respeito das consequências de seu comportamento ou então são pessoas que já tentaram realizar a mudança, porém, após falhar nesta tentativa, se desmotivaram a mudar. Outra característica de pessoas que se encontram nesse estágio é a de que, em geral, elas tentam não se informar, conversar ou refletir acerca dos problemas que seu hábito pode causar (Prochaska & Velicer, 1997). As intervenções objetivando atingir indivíduos no estágio de pré-contemplação devem ser direcionadas à reflexão a respeito dos benefícios que a prática de exercícios físicos poderiam trazer para suas vidas, como a diminuição da probabilidade de se adquirir alguns tipos de doenças, a melhora do humor, diminuição do stress e o aumento dos níveis energéticos. Pessoas no estágio de pré-contemplação tendem a considerar com muito mais frequência os “contras” a respeito da prática da atividade física, por exemplo,

passar menos tempo com a família, acreditar que as atividades não são divertidas e não gostar de suar. Nesse caso, é indicado oferecer alternativas que contra argumentem esse tipo de ponto de vista, como sugerir a prática junto com membros da família, propor atividades mais interessantes e mostrar que as atividades físicas não precisam ser vigorosas para produzirem seus benefícios (Marcus & Lewis, 2003).

O segundo estágio é a Contemplação. É caracterizado por indivíduos que pretendem realizar a mudança comportamental nos próximos 6 meses, pois já têm a consciência dos benefícios que tal atitude irá lhes trazer. Não obstante, eles também sabem dos inconvenientes que os exercícios físicos podem gerar, o que pode provocar a estagnação por um longo período nesse estágio (Prochaska & Velicer, 1997). Indivíduos na contemplação necessitam ser estimulados a fim de aumentar a probabilidade de iniciarem a prática de atividade física. Esses indivíduos, assim como aqueles que se encontram na pré-contemplação, ainda se fixam mais nos contras do que nos prós. Devem ser oferecidas a eles informações mais específicas sobre como começar a praticar alguma atividade física e como fazer isso virar um hábito. Essas pessoas precisam ser encorajadas a encontrarem a melhor modalidade e o melhor horário de prática para que consigam incluí-la em seu cronograma diário. Após definir essas questões, é importante traçar algumas metas que sejam realísticas, uma vez que metas difíceis e inalcançáveis, na maioria das vezes, causam grande frustração e podem provocar o abandono da prática enquanto que objetivos alcançáveis e concluídos são altamente motivacionais. Outra questão importante para indivíduos nesse estágio é buscar o suporte social, como a companhia de familiares, fator esse que irá estimular a manutenção da prática (Marcus & Lewis, 2003).

A preparação é a etapa correspondente ao terceiro estágio, tendo como característica indivíduos com o real objetivo de agir em um futuro próximo, geralmente dentro de um mês. Essas pessoas geralmente já atuaram de forma significativa em um período passado e têm interesse em procurar ajuda profissional, como grupos de apoio, aula de educação para a saúde ou até

mesmo tomarem uma atitude mais séria por conta própria, como experimentar uma prática desportiva. Normalmente essas pessoas terão mais sucesso em programas orientados voltados para a ação (Prochaska & Velicer, 1997). Para indivíduos no estágio de preparação, algumas intervenções utilizadas no estágio anterior, como estabelecer metas e buscar suporte social, exercem uma boa influência. No entanto, o principal objetivo agora é incentivar essas pessoas a começarem a regularizar sua prática, tentando ultrapassar barreiras que as impeçam de torná-la um hábito. Por exemplo, pessoas que praticam atividades ao ar livre podem cessar a prática durante os períodos de chuva ou muito calor. Para que isso não aconteça, elas devem ser orientadas na busca de outras opções, como se exercitarem em casa ou fazer caminhadas em shoppings (Marcus & Lewis, 2003).

O quarto estágio de mudança é a ação. Nele estão inseridos indivíduos que realizaram modificações comportamentais nos últimos seis meses. Essa etapa pode se confundir com a manutenção uma vez que a mudança já foi realizada, porém, cientificamente, só podemos falar em manutenção quando se dá a extinção do antigo hábito. Para tal conclusão, cada área de pesquisa possui critérios próprios (Prochaska & Velicer, 1997). No caso de exercícios físicos, podemos considerar que o indivíduo passa do estágio da ação para manutenção quando atinge seis meses de prática (Marcus & Lewis, 2003).

A manutenção é o quinto estágio de mudança e é nele que os indivíduos estão evitando a recaída, além de não aplicarem com frequência os processos de mudança, como acontece no estágio da ação. Na manutenção, as pessoas têm menos tentações de retornar ao antigo comportamento e estão cada vez mais confiantes. Esse estágio dura de seis meses a cinco anos, período em que os níveis de recaída chegam a menos de 7%. A recaída, apesar de não ser um estágio, é tão importante quanto. Constitui-se no retorno da etapa de ação ou manutenção para algum dos estágios anteriores, porém o que se encontra nas pesquisas é que, quando se trata de parar de fumar ou abandonar um estilo de vida sedentário, a taxa de recaída para o estágio de pré-contemplação é de 15%. Geralmente, quando acontece a recaída, os indivíduos retornam a

fase da contemplação ou tentam outra forma de ação (Prochaska & Velicer, 1997). Nos estágios de ação e manutenção os indivíduos devem ser estimulados de forma a não terem recaída. Para isso é importante identificar os fatores de risco que poderiam levar essas pessoas a tal situação. Fatores como viagens, férias e doenças são muito comuns nesse caso e, para isso, é preciso elaborar planos para tais situações. Por exemplo, em um caso de viagem o ideal seria aconselhar o indivíduo a tentar se exercitar no ginásio do hotel ou a fazer caminhadas. Assim como os estágios anteriores, é importante continuar a estabelecer metas, tanto a longo prazo quanto a curto prazo, com o intuito de diminuir a probabilidade de tornar a atividade entediante (Marcus & Lewis, 2003).

Existe também o sexto estágio que é a cessação, caracterizado pelas pessoas que estão altamente eficazes no controle do antigo hábito, e que não sofrem mais com tentações relacionadas a ele. Independente dos acontecimentos, essas pessoas não irão retomar aquele hábito e agem como se nunca o tivessem tido (Prochaska & Velicer, 1997).

2.3.3. Os processos de mudança comportamental

Prochaska e DiClemente (1983) nos trazem que a mudança comportamental, analisada como modelo transteórico, tem a participação de dez processos de mudança aplicados de formas diferentes durante as seis etapas de mudança comportamental. São eles: conscientização, autolibertação, liberação social, autorreavaliação, reavaliação ambiental, contracondicionamento, controle de estímulo, gerenciamento de reforço, alívio dramático e relações de ajuda. Em um estudo com fumantes em tratamento profissional e ex-fumantes que cessaram o hábito sem esse tipo de ajuda, foram avaliadas a frequência com que cada grupo utilizou cada um destes 10 processos de mudança de comportamento, que foram previamente estabelecidos através de análises comparativas de diversos estudos na área da psicoterapia. Os participantes afirmaram utilizar diferentes processos durante o período em que se dedicaram a parar de fumar, mostrando aos pesquisadores que, além da mudança comportamental acontecer através de

uma série de etapas, essas etapas são compostas por diversos processos (Prochaska & Velicer, 1997).

Já Marcus e Lewis (2003), acreditam que durante a mudança comportamental relacionada à prática de atividade física os indivíduos utilizam também dez variados processos específicos de mudanças, que foram posteriormente separados em dois grupos (cada um com cinco processos) denominados processos comportamentais e processos cognitivos. Os processos comportamentais são: substituição de alternativas (praticar atividade física quando estiver vivenciando momentos de stress), buscar apoio social (encontrar amigos e parentes que, de alguma maneira, incentivem a prática), se autorrecompensar (fazer alguma coisa especial quando atingir um objetivo com o exercício físico), se comprometer (fazer promessas para se tornar fisicamente ativo), se lembrar (colocando lembretes de exercício físico espalhados pela casa). Já os processos cognitivos são: aumentar o conhecimento (ler e se informar sobre os benefícios do exercício físico), estar atento aos riscos da falta da prática (se informar sobre os malefícios do sedentarismo), se preocupar com o impacto que a inatividade causa a pessoas próximas (saber dos efeitos negativos da inatividade física no seu ciclo social), compreender os benefícios da prática e, por último, aumentar as oportunidades de se tornar saudável (ficar atento sobre novas oportunidades de se inserir em programas de atividade física).

De acordo com Marcus e Simkim (1994), a associação dos estágios de mudança com os processos de mudança podem ajudar a estabelecer importantes guias de intervenção comportamental, pois, uma vez que um indivíduo é identificado em um estágio, o profissional que irá intervir no comportamento saberá qual ação utilizar para ter mais chances de sucesso em uma modificação de comportamento.

2.3.4. Outros componentes do modelo transteórico

Existem ainda 3 componentes do modelo transteórico que são o balanço decisional, a autoeficácia e as tentações.

O balanço decisional é uma medida subjetiva dos prós e contras a respeito da mudança comportamental (Prochaska & Velicer, 1997) e se constitui em um importante fator para se entender a mudança comportamental. Ela consiste em 8 constructos: benefícios instrumentais para si, benefícios instrumentais para os outros, custos instrumentais para si, custos instrumentais para os outros, aprovação para si, aprovação para os outros, desaprovação para si e desaprovação para os outros (Marcus & Simkim, 1994). Pesquisas acerca do modelo transteórico e atividade física mostram que, durante as transições entre os estágios, os prós que envolvem um comportamento aumentam em relação aos contras, principalmente após a fase de contemplação e preparação (Biddle & Nigg, 2000). Em consonância, pesquisas de Marcus e Lewis (2003) mostram que tipicamente os pré-contempladores e os contempladores tendem a visualizar menos prós e mais contras quando se trata de adquirir o hábito da prática. Esse quadro se inverte no momento em que os indivíduos avançam para o estágio de contemplação, e após isso permanece aumentando os prós e diminuindo os contras na medida em que os estágios são avançados. Para avaliar o nível de balanço Decisional na realidade portuguesa, a Decisional Balance Scale for Exercise (Nigg et al., 1998) foi adaptada e se constituiu na Decisional Balance Scale for Exercise_p (Corte-Real, Dias & Fonseca, 2004), um instrumento composto por 10 afirmações sobre aspectos positivos e negativos acerca da prática de atividades físicas, avaliados através da Escala de Likert.

As avaliações de autoeficácia influenciam as escolhas, gastos de esforço, pensamentos, reações emocionais e desempenho comportamental. A autoeficácia é a confiança, que o indivíduo desenvolve ao longo da mudança comportamental, de que ele é capaz de adquirir e buscar um comportamento favorável e de não se envolver com um comportamento negativo. A autoeficácia aumenta na medida em que as pessoas avançam nos estágios de mudança (Marcus & Simkim, 1994).

A tentação se relaciona com o desejo de manter o comportamento adquirido quando os indivíduos se encontram em situações difíceis, que podem

ser afetos negativos, sofrimento emocional e situações sociais positivas (Prochaska & Velicer, 1997).

2.3.5 Considerações sobre o processo de mudança comportamental

De acordo com Biddle e Nigg (2000), a mudança comportamental raramente ocorre na primeira tentativa, sendo esperado que os indivíduos que a busquem sofram uma recaída para estágios anteriores. Nessas recaídas as pessoas absorvem conhecimento e voltam a tentar mudar novamente, aumentando as probabilidades de sucesso. Marcus e Simkim (1994) trazem que por conta dessa recaída inicial, novas formas de ação são elaboradas para se realizar uma nova tentativa de mudança comportamental. Com isso, aumenta-se a probabilidade de sucesso. Trazem ainda que as intervenções que tentavam estimular a prática da atividade física na população, como as campanhas de mídia, foram ineficazes e alcançaram um pequeno contingente da população. O motivo é que essas ações atingiram, em sua maioria, indivíduos que já estavam no estágio de contemplação ou ação, ou seja, já cogitando a possibilidade de iniciar uma prática. No entanto, uma grande parte das pessoas não deseja iniciar a participação nesses programas e necessitam de intervenções específicas para desenvolver o interesse para a prática de atividade física. Fatos dessa natureza mostram que a utilização de pesquisas utilizando o modelo transteórico poderia tornar as intervenções muito mais eficazes, podendo afetar um grande número de pessoas através de procedimentos simples.

Uma das evidências que mostram que o modelo transteórico pode ser usado para pesquisas acerca de exercícios físicos é a de que o padrão de recaída nesse âmbito é similar aos padrões de hábitos relacionados aos vícios, como é o caso do tabagismo. Outras evidências mostram que, por ser um modelo dinâmico que pensa o processo de mudança como realizado através de etapas, além de entender que os indivíduos que tiveram uma recaída podem tentar adquirir o comportamento novamente e que esse comportamento não é um processo de “tudo ou nada”, o modelo transteórico é aconselhado

para pesquisas que avaliam o comportamento da atividade física (Marcus & Simkim, 1994).

Uma pesquisa realizada por Dumith, Gigante e Domingues (2007) buscava compreender a prevalência dos estágios de mudança para o hábito das atividades físicas e identificar os fatores que se associavam com cada estágio em uma amostra. Participaram da pesquisa 3136 adultos acima dos 20 anos residentes em uma cidade na região Sul do Brasil. Encontrou-se uma prevalência de pessoas que se mantinham no estágio de pré-contemplação (38,3%), seguido pela manutenção (24%), preparação (19,5%), contemplação (13%) e ação (5,2%). É interessante observar, em tal pesquisa, que no grupo de pessoas acima dos 60 anos, um grande contingente se encontrava inativo (aproximadamente 47,2% na pré-contemplação e 9,04% na contemplação), uma minoria nos estágios de preparação e ação (15,4% e 3,18%, respectivamente), e quase um quarto dos indivíduos na manutenção (23,11%). Esses dados mostram que, nessa pesquisa, um grande número de idosos não tinham interesse em começar a praticar de forma regular a atividade física, porém, cerca de 23% desses indivíduos já tinham esse comportamento adquirido, o que pode ser visto como um valor indicativo da necessidade de investimento em intervenções no sentido de se aumentar esse contingente.

Após tratarmos do panorama do envelhecimento global, junto da importância da análise do bem estar subjetivo e do impacto que a investigação através do modelo transteórico tem no estabelecimento de intervenções efetivas para mudanças comportamentais, passaremos agora a contextualizar o local utilizado para a pesquisa que estamos propondo, o Pró-Idoso, uma vez que essa instituição possui características próprias e exerce uma função diferente quando comparada a outros ambientes voltados para o público idoso.

2.4 Pró-Idoso

2.4.1 Introdução

O Pró-Idoso³ (Centro de Convivência do Idoso Itália Franco) é um programa de atendimento aos idosos fundado em 17 de junho de 1988. Tem como sede atual a Rua Espírito Santo, número 444, na cidade de Juiz de Fora (Minas Gerais). Essa instituição tem caráter público e seu principal objetivo, de acordo com a coordenadora atual, Rosângela Bonoto, é *“incluir socialmente o idoso e melhorar sua qualidade de vida, possibilitando o aprimoramento e a manutenção de sua autonomia e independência”* (Silva, 2013).

O Pró-Idoso funciona das 7 às 17 horas de segunda a sexta-feira. As atividades oferecidas diariamente e que contam com orientação profissional são a ginástica, o teatro, o boliche adaptado, o artesanato, o xadrez e a dança de salão. Outras atividades também são oferecidas e dispensam orientação profissional. São elas: a sinuca, os jogos de tabuleiro, o baralho, o bingo e o baile. No mês de fevereiro, o Pró-Idoso participa dos festejos de carnaval através de um bloco carnavalesco que está inserido como atração na programação municipal dedicada a essa festividade. O bloco é composto exclusivamente pelos frequentadores do programa. Na instituição, diariamente são oferecidos para os frequentadores 2 lanches, um na parte da manhã e um na parte da tarde.

Segundo informações da coordenadora do Pró-Idoso, cada frequentador tem o direito de se inscrever em apenas uma das atividades físicas oferecidas na instituição (ginástica, boliche adaptado, teatro e dança de salão). Esse limite tem como objetivo oportunizar o acesso a essas atividades para um maior número de frequentadores, uma vez que as vagas e horários dessas práticas são mais limitados. Já as outras atividades estão disponíveis para todos sem limites de participação. Também segundo a coordenadora do projeto, os frequentadores das turmas que praticam atividade física têm que confirmar a

³ A partir deste momento o Centro de Convivência do Idoso Itália Franco será apenas referenciado como Pró-Idoso, uma vez que os frequentadores, assim como a população de Juiz de Fora, o identificam nessa nomenclatura.

presença no início de todas as práticas, podendo se ausentar em 4 aulas por mês apresentando as devidas justificativas. Caso essa exigência não seja cumprida, o participante perderá o direito em participar da atividade. Para preenchimento de vagas ociosas, são realizadas 2 convocações anuais, nos meses de março e setembro. Por fim, os frequentadores das outras atividades terão que cumprir um mínimo de 26 presenças em 6 meses, sem o que, também perdem o direito de participação.

Atualmente, a instituição possui 2197 idosos inscritos. Desses inscritos, no mês de março de 2018, 1261 pessoas frequentaram o Pro Idoso ao menos 1 vez no mês com uma média diária de 308 pessoas atendidas, de acordo com dados internos da instituição. O critério de participação do programa leva em conta apenas a idade, uma vez que os indivíduos devem ter no mínimo 60 anos, característica referente à definição de idosos (OMS, 2002). O indivíduo que tiver interesse em se inscrever no Pró-Idoso se apresenta com uma série de documentos no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para se cadastrar e solicitar a sua inclusão no Centro de Convivência. Esses cadastros são analisados e a prioridade de inclusão é para indivíduos que são considerados em situação de vulnerabilidade alta, a fim de eleger o atendimento às pessoas mais necessitadas.

Atualmente são ministradas, por semana, 24 aulas de ginástica, 4 aulas de boliche adaptado, 5 aulas de dança e 2 de teatro, divididas em 3 espaços (auditório, sala multiuso e salão).

2.4.2 Contexto histórico

A ideia de se estabelecerem novas políticas sociais direcionadas ao público idoso surge em 1985, com a volta do modelo democrático no Brasil. Naquele momento, iniciou-se uma nova ordem sociopolítica, em que a responsabilidade pelo cuidado da pessoa idosa, que anteriormente era vinculada aos familiares e a igrejas, passou a ser uma questão de ordem pública. Até então, os únicos trabalhos voltados para idosos no Brasil eram de caráter caritativo, desenvolvidos por igrejas e entidades filantrópicas. O único

espaço público voltado para a assistência ao idoso que não tinha uma proposta asilar se instaurou a partir de 1963 e funcionava na cidade de São Paulo. Era promovido pelo Serviço Social do Comércio de São Paulo (SESC/SP), que oferecia a este público os chamados grupos de convivência. Com isso, no ano de 1973 o governo assume a proposta anteriormente elaborada pelo SESC e passa a formar grupos de estudo em todo o país com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre os cuidados com idosos. Posteriormente, em 1976, ocorreram diversos seminários que tinham como objetivo buscar diagnósticos sobre a velhice no Brasil, o que culminou em um grande aprendizado. Foi, então, criado um documento intitulado de “Políticas para a 3ª Idade – Diretrizes Básicas”. A partir disto, diversas ações em prol do idoso começaram a ser efetivadas, incluindo a criação de associações e grupos voltados para o desenvolvimento de políticas sociais e grupos de estudo para o público da terceira idade. Em 1986, com inspiração nas experiências do SESC/SP, criou-se o Projeto Conviver, realizado através de convênios com instituições públicas, privadas e comunitárias. No entanto, o programa passou a sofrer restrições por parte da matriz que funcionava na cidade de Belo Horizonte (Minas Gerais), e acabou por ser desativado. Com isso, em busca de manter os atendimentos ao público, foi firmado uma parceria entre a Prefeitura de Juiz de Fora e a Fundação Legião Brasileira de Assistência (órgão de assistência a famílias necessitadas), instituição essa que já administrava os recursos do programa anterior. Foi, então, criado um programa substituto ao Projeto Conviver. Com isso, a Prefeitura de Juiz de Fora, colocou a Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC)⁴ como responsável pela execução das políticas de assistência social junto à Fundação Legião Brasileira de Assistência para que ambas as instituições administrassem o projeto. Em agosto de 1988 a prefeitura doou um terreno para a construção da sede do Centro de Convivência do Idoso, porém a construção não se concretizou por falta de verba e os órgãos responsáveis optaram pela implantação de um subgrupo do programa Solidariedade (grupo de pessoas ligadas à filantropia, com ações sociais em diversas áreas, dentre elas habitação popular, escolas,

⁴ Instituição sem fins lucrativos que tem como propósito desenvolver projetos na área da Assistência Social.

creches, assistência a crianças e adolescentes) que foi intitulado Pró-Idoso. A prefeitura colocou alguns assessores à disposição desses grupos no intuito de facilitar a comunicação entre os órgãos responsáveis, sendo que a direção dos grupos e a busca por recursos ficaram sob responsabilidade das pessoas da comunidade. Com isso no dia 17 de julho de 1988 foi oficialmente criado o Pró-Idoso, inicialmente com uma equipe de quatro assistentes sociais, um programador especial, o superintendente da AMAC, alguns técnicos também da AMAC e 50 idosos.

Inicialmente, o Pró-Idoso se instalou em uma casa cedida na principal avenida da cidade de Juiz de Fora (Avenida Barão do Rio Branco), e ofereceu o serviço a 50 pessoas acima de 60 anos. No entanto, no final do mesmo ano, o projeto já atendia 132 integrantes. Eram desenvolvidas palestras e festividades além de atividades culturais, laborais e de entretenimentos. Rapidamente o número de atendidos aumentou, chegando a 400 idosos em 1990. Surge, então, a necessidade de mudar o local de atendimento. Após muitas discussões, o Pró-Idoso conseguiu a liberação para se instalar na histórica sede da Companhia Industrial e Construtora Pantaleone Arcuri onde, com a ajuda de patrocinadores, foi realizada uma reforma para adequar o local ao tipo de atendimento oferecido. Em setembro de 1994, o programa se instalou na nova edificação, mesmo com as obras em andamento. A conclusão da obra se deu em junho de 2000. É nesse local que o Pró-Idoso mantém seu funcionamento até a presente data.

Através da revisão bibliográfica, pode-se perceber que o envelhecimento tem como consequência perdas a níveis biológicos, psicológicos e sociais. No entanto, existem medidas que podem amenizar essas perdas, sendo a prática de exercícios físicos uma delas, pois, cada vez mais, eles demonstram ser um hábito eficaz para a manutenção da capacidade funcional e interação social. Nesse contexto, os centros de convivência de idosos surgem com o objetivo de proporcionar uma vida mais ativa aos idosos através de diversas atividades e, quando desenvolvem momentos de prática de exercícios físicos, parecem se apresentar como uma grande alternativa para o aumento de qualidade de vida

para tal público. Por outro lado, o bem estar subjetivo é considerado hoje uma importante ferramenta para investigar como as pessoas avaliam o seu bem estar de acordo com seus próprios critérios, uma vez que altos índices de bem estar subjetivo são associados com uma boa saúde e aumento na longevidade. Já o modelo transteórico pode avaliar através dos estágios de mudança comportamental, em qual nível de prática de exercícios físicos um indivíduo se encontra e, através do balanço decisional, como esses indivíduos percebem os prós e contras relativos a essa prática. Desta forma, busca-se avaliar nesta pesquisa de que forma a prática de exercícios físicos se relaciona com o bem estar subjetivo dos frequentadores do Pró-Idoso, assim como o nível de prática, os prós e contras e as barreiras e benefícios percebidas por esses idosos.

3. Material e método

3.1 Escolha do local

A escolha do Pró-Idoso para a realização desta pesquisa foi motivada por sua condição como maior centro de convivência de idosos localizado na cidade de Juiz de Fora (Minas Gerais). Por essa razão, lá se encontra um grande fluxo de indivíduos idosos participantes das atividades oferecidas. Como forma de obter-se a autorização para a pesquisa de campo, primeiramente foram apresentados, para análise, alguns documentos solicitados pela AMAC (projeto de pesquisa, carta de apresentação assinada pelo professor orientador, questionário que seria aplicado e cronograma de intervenção). Em sequência, houve uma reunião com a coordenadora do Centro de Convivência, momento em que foram expostas algumas condições para a execução da pesquisa, como o horário para aplicação do questionário e a forma de intervenção, afirmando, assim, o seu acolhimento.

3.2 Caracterização da amostra

A escolha da amostra se deu de forma aleatória, uma vez que, ao chegar ao local de intervenção encontravam-se alguns frequentadores observando uma ou outra atividade ou esperando pelo horário de sua aula. Eram essas as pessoas abordadas, primeiramente com a identificação do pesquisador seguindo com a apresentação da pesquisa. Eram enfatizados o objetivo e a importância das investigações e, após anuência do idoso, procedia-se a aplicação do questionário pelo próprio pesquisador, de forma individual. Dessa maneira, diminuíram-se as possibilidades de dúvidas que pudessem comprometer o estudo e garantia-se o preenchimento de todas as questões.

A aplicação dos questionários foi realizada no período de 12 de março a 24 de abril de 2018, nos turnos da manhã e da tarde. A amostra deste estudo foi composta por 101 indivíduos, sendo 77 mulheres (76,2%) e 24 homens (23,8%).

A média de idade dos entrevistados está entre 75 e 76 anos, sendo que o indivíduo mais novo tinha 61 anos e o mais velho 98 anos. Para uma melhor análise a respeito da idade cronológica, os indivíduos pesquisados foram agrupados com base em Spirduso et al. (2005) que propõe 5 escalões etários: a “meia-idade” (60 – 64 anos), os “idosos jovens” (65 – 74 anos), os “idosos” (75 – 84 anos), os “idosos-idosos” (85 – 99 anos) e por fim os “extremamente idosos” (mais de 100 anos). No entanto, no caso desta pesquisa, os grupos foram resumidos em apenas 2 escalões etários, uma vez que o número de casos no escalão da “meia-idade” e dos “idosos-idosos” foram muito baixos, além de não haver representantes para o grupo “extremamente idosos”. Sendo assim, os idosos foram agrupados em indivíduos de “meia-idade” e “idosos jovens” (60 – 74 anos), formando o primeiro escalão etário, e indivíduos “idosos e idosos-idosos” (75 – 99 anos), formando o segundo escalão etário. De acordo com tal classificação, a atual pesquisa contou com 54 (53,5%) indivíduos correspondentes ao escalão de meia-idade e idosos-jovens e 47 (46,5%) identificados no escalão de idosos e idosos-idosos.

3.3 Instrumentos

O instrumento utilizado para obtenção de dados foi o questionário, porém, como os indivíduos, em alguns casos, apresentaram dificuldades para a leitura e compreensão das perguntas, o questionário foi aplicado na forma de entrevista estruturada que, de acordo com (Boni & Quaresma, 2018) *“são elaboradas mediante questionário totalmente estruturado, ou seja, é aquela onde as perguntas são previamente formuladas e tem-se o cuidado de não fugir a elas.”* A escolha desse instrumento objetivava ouvir as respostas que diferentes pessoas davam às mesmas perguntas. Para mensurar o nível de prática, foi utilizada a Stages of Exercise Change (Marcus & Simkim, 1994). Para avaliar a satisfação com a vida, foi utilizada a versão traduzida para o português e adaptada da Satisfaction With Life Scale (Figueiras et al. 2010). Para analisar os afetos positivos e negativos foi utilizada a versão traduzida para o português e adaptada do Positive and Negative Affect Schedule_p (Fonseca, 2006). Para avaliar os aspectos positivos e negativos associados

aos exercícios físico foi utilizado a versão traduzida para o português e adaptada da Decision Balance Scale for Exercise (Corte-Real, Dias & Fonseca, 2004).

Posteriormente, os dados do questionário foram analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0 para Windows®. Para realizar a caracterização das amostras foram utilizadas as medidas descritivas como a frequência (n), média (x) e desvio padrão (dp). Para analisar as diferenças entre as medianas foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney e, para a correlação, foi utilizado o coeficiente de correlação de Ró de Spearman. Os níveis de significância de todos os testes foram fixados em $p \leq 0,05$. Já para a investigação dos dados de carácter qualitativo, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1995).

3.4 O questionário

O questionário foi composto por 15 perguntas.

Nas perguntas número 1 e 2 foram solicitadas informações básicas a respeito do indivíduo para realizar a caracterização da amostra, sendo a primeira a respeito da idade e a segunda referente ao sexo.

A 3ª pergunta, abordava a prática de atividade física no Pró-Idoso (“Pratica alguma atividade física no Pró-Idoso?”). Se essa pergunta tivesse resposta positiva, o frequentador respondia a 4ª, 5ª e 6ª perguntas, que investigavam quais atividades praticavam na instituição, quantos dias por semana e o tempo médio gasto em atividades físicas no Pró-Idoso, respectivamente. Se a resposta fosse negativa, o frequentador respondia a 7ª questão, que investigava se o indivíduo praticava alguma atividade física fora do Pró-Idoso. Nessa última, a resposta afirmativa solicitava a modalidade praticada e a frequência semanal.

A questão número 8 do questionário se referia aos estágios de mudança comportamental do modelo transteórico, com a seguinte pergunta: “Em relação às afirmações que seguem, selecione a que mais se aproxima da sua situação atual.”. As opções de respostas se referiam aos estágios de mudança

comportamental: 1) Faço exercício físico com regularidade há mais de 6 meses (manutenção). 2) Faço exercício físico com regularidade há menos de 6 meses (ação). 3) Não faço exercício físico com regularidade, mas pretendo começar nos próximos 30 dias (preparação). 4) Não faço exercício físico, mas pretendo começar nos próximos 6 meses (contemplação). 5) Não faço exercício físico nem pretendo começar nos próximos 6 meses (pré-contemplação). As opções contavam com um local para a marcação da opção mais adequada à situação do idoso.

Na 9ª questão, o indivíduo não praticante de exercícios físicos era questionado a respeito do tempo em que estava inativo.

Na 10ª e 11ª questão foram investigados, respectivamente, os “impedimentos e barreiras” referentes à prática de exercícios físicos e os “benefícios” percebidos pelo frequentador também a respeito dessa prática. Tendo em vista que tais informações são de cunho qualitativo, foi necessário estabelecer categorias para uma melhor análise. Por isso, através das respostas obtidas, aplicou-se o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1995), que consiste em:

"Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens." (Bardin 1995:42)

Para proceder-se com essa análise, é necessário passar pelas etapas: da pré-análise, na qual é realizada uma leitura atenta das partes que seriam submetidas à análise. Após isso, é realizada a categorização, momento em que, a partir da pré-análise, classificam-se os elementos estudados por diferenciação e reagrupamento de acordo com suas representações de identidade. Após a identificação das categorias, os elementos devem ser agrupados dentro dessas classificações.

Para a questão número 10 foi utilizada uma adaptação das categorias estabelecidas por Cassou et al. (2008), que realizou um estudo qualiquantitativo utilizando o método de grupos focais com uma amostra de 17 idosos residentes na cidade de Curitiba (Paraná), com o objetivo de identificar as barreiras para a prática de atividade física nesses idosos. O autor utiliza 6 categorias que são elas: “demográficos e biológicos” (limitações físicas, problemas de saúde, idade, risco de doenças cardíacas, idade e ocupação); “psicológicos, cognitivos e emocional” (barreiras para exercitar-se, baixa autoeficácia, falta de expectativa de benefícios, falta de tempo, falta de motivação, falta de conhecimento sobre os exercícios, dentre outras); “cultural e social” (falta de suporte social e isolamento social); “ambiental” (clima, localização, falta de segurança e custo); “características da atividade física” (esforço percebido, intensidade do exercício, características da atividade física e características do equipamento); e por último “atributos comportamentais” (consumo de álcool).

A adaptação feita para a análise desta questão (número 10) diz respeito à exclusão de 4 categorias (“cultural e social”, “ambiental”, “características da atividade física” e “atributos comportamentais”), tendo em vista que nenhuma das respostas poderia ser associada a esses grupos. Foi, também, realizada uma adaptação da categoria “demográfico e biológico” para “biológico”. As respostas, então, foram categorizadas em “biológicos” e “psicológico, cognitivo e emocional” como descrito no quadro abaixo:

Impedimentos ou Barreiras	Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Conselho médico - Proibição médica - Ser velho - Lesão - Dor na coluna - Tonteira - Problemas de saúde - Cansaço - Incapacidade
	Psicológico, cognitivo e emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de cair - Medo de prejudicar a saúde - Falta de motivação - Falta de tempo - Nunca procurou

Já na questão 11, a mesma metodologia foi utilizada, possibilitando a categorização dos benefícios encontrados pelos participantes a respeito da prática de exercícios físicos. Elas foram elaboradas pelo próprio investigador, com base nas mesmas definidas para a análise dos “impedimentos e barreiras”, porém com o acréscimo da categoria “Social”, sendo que essa se refere aos fatores que estimulam a aproximação de pessoas e promovem encontros interpessoais com pessoas que frequentam o mesmo lugar.

Benefícios	Psicológicos, cognitivos e emocionais	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a mente - Memória - Diversão - Distração - Mais esperto - Bom para a cabeça - Psicológico - Desinibir-se - Autoestima - Vontade de viver - Melhorar humor - Alegria - Estética - Mais ânimo - Sentir-se muito bem - Tudo de bom - Bem estar
	Biológico	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionalidade - Postura - Mobilidade - Autonomia - Mais energia (relacionado ao aumento da disposição) - Corpo leve - Melhora no sono - Melhora na respiração - Coordenação motora - Sentir-se ativo - Fortalecer a musculatura - Melhora física - Faz bem ao corpo - Evitar quedas - Diminuir remédios - Alívio de dor - Saúde - Bom para o organismo - Aumenta qualidade de vida
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Convivência - Socialização - Criar amizades - Contato com outras pessoas

Para avaliar o bem estar subjetivo, foram utilizadas 2 questões (12 e 13), sendo que a questão número 12 avaliava o nível de satisfação de vida através da versão traduzida da “Satisfaction With Life Scale” (Figueiras et al., 2010). A questão número 13 tinha como objetivo avaliar os afetos positivos e negativos dos indivíduos através da versão traduzida para o português da “Positive Affects and Negative Affects Schedule” (Fonseca, 2006).

A questão número 12 era composta das 5 afirmativas seguintes: “Na maioria dos aspectos, a minha vida aproxima-se do meu ideal de vida”, “As condições da minha vida são excelentes”, “Estou satisfeito com a minha vida”, “Até agora, tenho conseguido alcançar as coisas que considero importantes na vida” e “Se pudesse viver a minha vida outra vez não mudaria quase nada”. Os frequentadores respondiam de acordo com a escala de Likert, contendo 5 possibilidades de respostas, que eram: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = nem concordo, nem discordo, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente.

Na 13ª questão, o frequentador deveria responder de acordo com a escala de Likert as 10 afirmações seguintes: “Sinto-me inspirado(a)”, “Sinto-me culpado(a)”, “Sinto-me alerta”, “Sinto-me assustado(a)”, “Sinto-me ativo(a)”, “Sinto-me estressado(a)”, “Sinto-me entusiasmado(a)”, “Sinto-me irritado(a)”, “Sinto-me determinado(a)” e “Sinto-me receoso(a)”.

A 14ª pergunta se referia ao Decisional Balance Scale_p (Corte-Real, Dias & Fonseca, 2004), que pretende avaliar os prós e contras relativos à prática de exercícios físicos, contando com 10 afirmativas, que eram avaliadas através da Escala de Likert pelos frequentadores. As afirmativas eram as seguintes: “Fazer exercício físico com regularidade me dá (ou me daria) mais energia para a minha família e amigos.”; “Fazer exercício físico com alguém vendo me faz (ou me faria) sentir envergonhado(a).”; “Fazer exercício físico regularmente me faz (ou me faria) sentir menos estressado(a).”; “Fazer exercício físico me tira (ou me tiraria) tempo para estar com os meus amigos.”, “Fazer exercício físico me dá (ou me daria) uma melhor disposição para o resto dia.”; “Sinto-me desconfortável, ou pouco à vontade, com roupas próprias para fazer exercício físico.”, “Fazer exercício físico regularmente me faz (ou me faria) sentir mais à

vontade com o meu corpo.”, “Para fazer exercício físico tive (ou teria) de aprender muitas coisas.”, “Fazer exercício físico implica (ou implicaria) uma sobrecarga para as pessoas que estão mais próximas à mim.”, “Fazer exercício físico regular me ajuda (ou me ajudaria) a ter uma visão mais positiva da vida.”

A última pergunta era destinada aos praticantes e avaliava de forma subjetiva qual a importância da prática de atividade física através da seguinte questão: “De 1 a 10, qual a importância do exercício físico no seu bem estar?”.

4. Resultados

4.1 Análise sobre a variável sexo

Os resultados apresentados em relação ao sexo mostram que os indivíduos da amostra, em sua maioria, eram do sexo feminino, com 77 indivíduos, representando 76,2% dos pesquisados, contrastando com 24 homens que participaram da pesquisa, representando 23,8% da amostra.

4.2 Análise sobre a variável prática de exercícios físicos

A análise dos dados mostrou que a grande maioria dos entrevistados estavam envolvidos de alguma forma com os exercícios físicos, uma vez que 79 idosos da amostras (78,2%) praticavam exercício físico enquanto 22 idosos (21,8%) não praticavam (Tabela 1).

Em relação ao sexo, as mulheres se mostraram mais presentes nos ambientes de prática de exercícios físicos, uma vez que das 77 idosas da amostra, 63 (81,8%) tinham o hábito da prática. Desse contingente, 56 idosas (72,7%) praticavam exercícios físicos no Pró-Idoso, 29 (37,7%) praticavam em outros ambientes fora da instituição e 22 (28,6%) praticavam em ambos os lugares (Tabela 1).

Já os homens apresentaram uma média inferior à das mulheres, sendo que 16 indivíduos (66,7%) eram praticantes regulares enquanto 8 (33,3%) não praticavam. Do total de 24 indivíduos pesquisados, 9 (37,5%) praticavam exercícios físicos na instituição e o mesmo número de idosos praticava em outros locais, enquanto apenas 2 (8,3%) praticavam em ambos os lugares.

Considerando ambos os sexos, dos indivíduos que eram praticantes regulares, 65 praticavam exercícios físicos apenas na instituição, 14 praticavam apenas fora da instituição e 24 praticavam tanto na instituição quanto em outros lugares (Tabela 1).

De acordo com a análise, a associação entre a prática de exercícios físicos e o sexo não apresentou significância, tendo em vista que $p = 0,119$, apesar de parecer existir uma tendência para as mulheres serem mais ativas fisicamente.

Tabela 1: Prática de exercícios físicos em relação ao sexo

		Masculino		Feminino		Total	
		n	%	N	%	n	%
Pratica Exercício Físico?	Sim	16	66,7	63	81,8	79	78,2
	Não	8	33,3	14	18,2	22	21,8
Pratica Exercício Físico no Pró-Idoso?	Sim	9	37,5	56	72,7	65	64,4
	Não	15	62,5	21	27,3	36	35,6
Pratica Exercício Físico fora do Pró-Idoso?	Sim	9	37,5	29	37,7	38	37,6
	Não	15	62,5	48	62,3	63	62,4

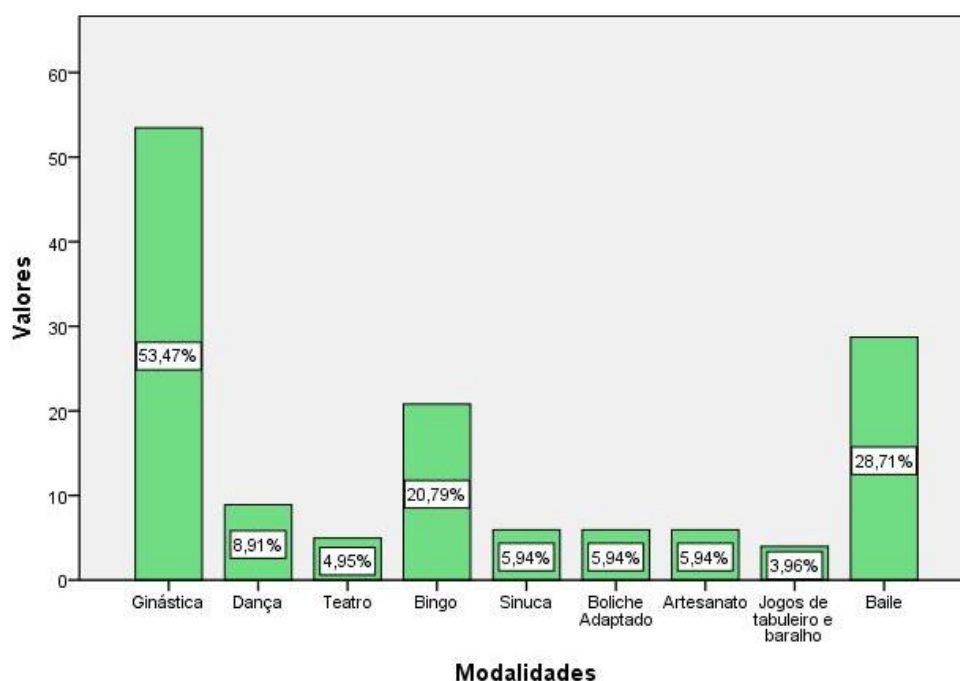
A análise descritiva das variáveis “escalon etário” em relação à prática de exercícios físicos evidenciou que 81,5% dos indivíduos até 74 anos praticavam exercícios físicos, média essa superior aos indivíduos de 75 anos ou mais, que alcançaram 74,5% de indivíduos praticantes. Entretanto, pode-se concluir que essas diferenças não são consideradas significativas, pois $p = 0,397$ (Tabela 2).

Tabela 2: Prática de exercícios físicos em função do escalon etário

	Até 74 anos		75 anos ou mais		
	n	%	n	%	
Pratica atividade física	44	81,5	35	74,5	U = 0,958 p = 0,397
Não pratica atividade física	10	18,5	12	25,5	

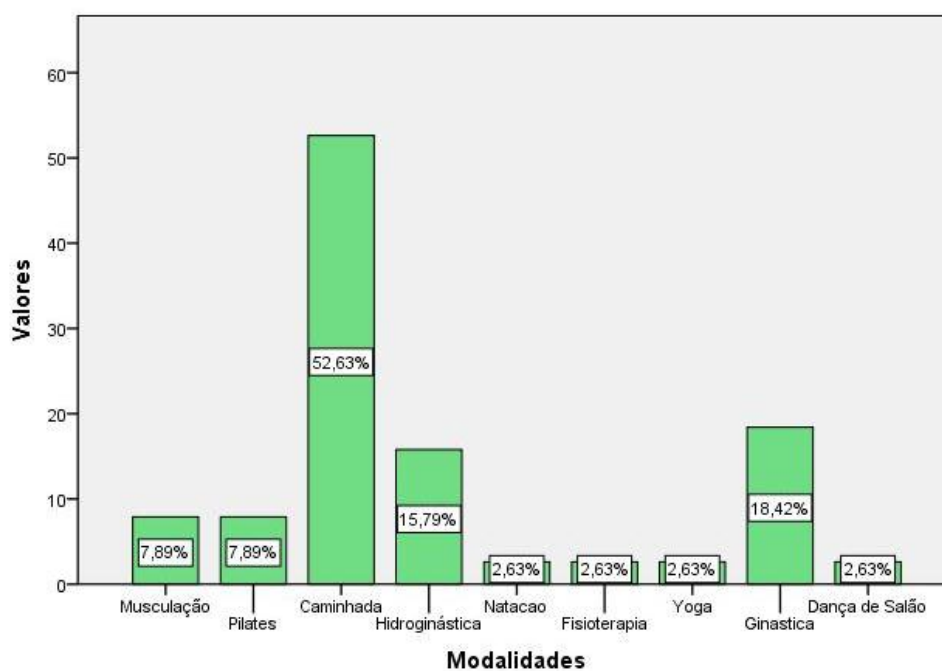
Em relação às modalidades praticadas, uma grande parcela dos frequentadores praticava a ginástica (53,47%) no Pró-Idoso. A dança de salão era a segunda modalidade mais frequentada, tendo a participação de 8,91% dos entrevistados, seguida pelo boliche adaptado, contando com participação de 5,94% dos indivíduos. As outras modalidades mais referidas, que podem ser consideradas mais como momentos de interação social e descontração, foram o bingo, com 20,79% de participação dos entrevistados e o baile, com 28,71% de participação (Gráfico 1).

Gráfico 1: Atividades realizadas no Pró-Idoso



Em relação às atividades físicas praticadas fora da instituição, percebe-se que a maioria dos entrevistados (52,63%) optava por fazer a caminhada, seguido da ginástica (18,42%) e da hidroginástica (Gráfico 2).

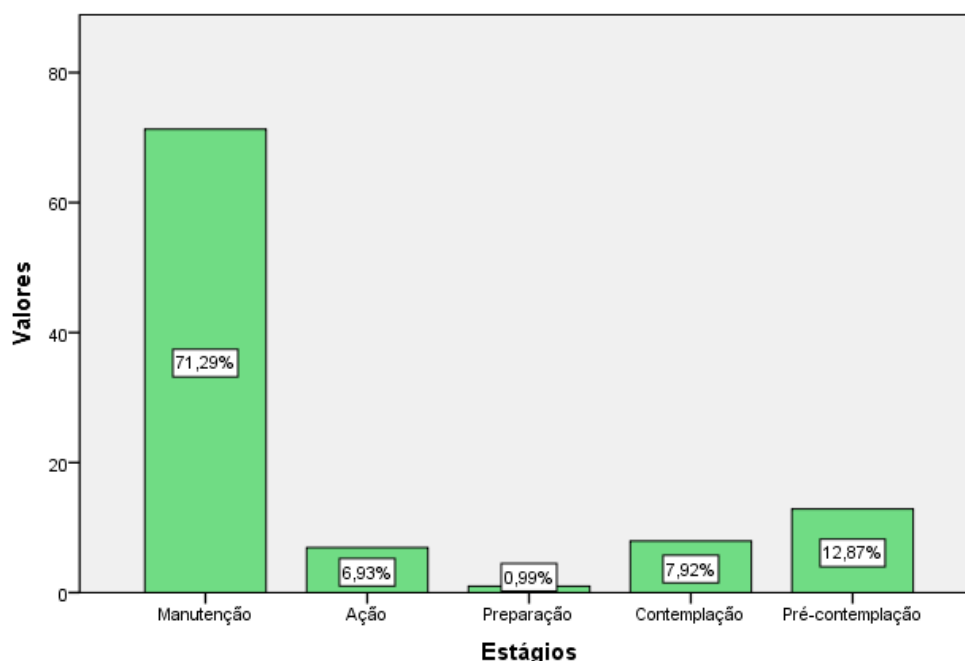
Gráfico 2: Frequência de exercícios físicos praticados fora do Pró-Idoso



4.3 Análise sobre os estágios de mudança comportamental

Observou-se, através da análise de frequências, que grande parte dos entrevistados se encontravam no estágio de manutenção, totalizando 71,29%, sendo estes idosos praticantes de exercício físico com regularidade há mais de 6 meses. Os indivíduos que estavam no estágio de ação representavam 6,93% da amostra. Já o estágio de preparação foi o que continha o menor número de pesquisados, alcançando apenas 1 indivíduo (0,99%), ou seja, apenas 1 idoso pretendia começar a praticar exercício físico nos próximos 30 dias. O estágio de contemplação era composto de 7,92% da amostra e o de pré-contemplação 12,87% (Gráfico 3).

Gráfico 3: Estágios de mudança comportamental



Ao analisar as associações entre os estágios de mudança comportamental e o escalão etário, não foram encontradas diferenças significativas entre tais variáveis, uma vez que $p = 0,614$ (coeficiente de correlação = $-0,051$). O mesmo teste foi realizado para analisar a associação entre os estágios de mudança comportamental e a variável sexo, resultando em um $p = 0,107$ (coeficiente de correlação = $0,161$), o que mostra que os

estágios de mudança comportamental, não se associam significativamente com os diferentes sexos, sendo entendidos como tendo comportamentos parecidos.

4.4 Análise sobre as barreiras e benefícios

4.4.1 Análise das barreiras percebidas

Através da análise dos dados referentes às barreiras mencionadas dos indivíduos não praticantes de exercício físico podemos concluir que 48% das respostas se referiam às barreiras biológicas, enquanto 52% se referiam às barreiras psicológicas, emocionais e cognitivas (Tabela 3).

Tabela 3: Categoria de barreiras

	N	%
Barreiras Biológicas	12	48,0
Barreiras Psicológica, cognitiva e emocional	13	52,0
Total	25	100,0

Das barreiras mencionadas a mais frequente foi a “falta de motivação”, sendo essa mencionada por 8 indivíduos (38,1% dos casos). Duas outras barreiras estão na segunda posição dessa variável com 4 menções cada (19% dos casos), sendo elas a “proibição médica” e “problemas de saúde” (Tabela 4).

Tabela 4: Frequência de barreiras

	N	%
Barreiras		
Falta de motivação	8	38,1
Proibição medica; Problemas de saúde	4	19,0
Dor na coluna	3	14,3
Cansaço; Falta de tempo; Medo de cair	2	9,5
Ser velho; Lesão; Tonteira; Incapacidade;	1	4,8
Nunca procurou		
Total	30	142,9

* valores da tabela correspondem à frequência e porcentagem de cada um dos termos individualmente.

4.4.2 Análise dos benefícios percebidos

Já através da análise dos dados referentes aos benefícios obtidos através da prática, os indivíduos mencionaram em sua maioria os benefícios biológicos, fator que alcançou um contingente de 52,8% dessas falas, enquanto as respostas referentes aos benefícios psicológicos, cognitivos e emocionais alcançaram 29,1%, seguido dos benefícios sociais, que atingiram 18,1% das respostas (Tabela 5).

Tabela 5: Categoria de benefícios

	N	%
Psicológicas, cognitivas e emocionais	37	29,1
Biológico	67	52,8
Social	23	18,1
Total	127	100,0

Dentre os benefícios citados, a “diminuição da dor” foi o que mais ocorreu, com 27 menções (33,7%), correspondente a pouco mais que um terço das falas dos frequentadores. A “melhora da saúde” foi o segundo benefício mais citado, com 16 menções (20%). O terceiro benefício mais mencionado foi a “socialização”, com 15 ocorrências (18,8%) (Tabela 6).

Tabela 6: Frequência de benefícios

	N	%
Benefícios Diminuir dor	27	33,8
Saúde	16	20,0
Socialização	15	18,8
Disposição	14	17,5
Fortalecer musculatura	8	10,0
Tudo de bom; Bem Estar; Faz bem ao corpo	7*	8,8*
Trabalhar a mente; Mobilidade	6*	7,5*
Psicológico; Convivência	5*	6,3*
Bom pra cabeça; Alegria; Corpo leve; Se sentir ativo	4*	5,0*
Melhora física; Melhora no humor; Estética; Aumento de qualidade de vida; Se sentir bem	3*	3,8*
Memória; Autonomia; Melhora no sono; Coordenação motora; Mais energia; Melhora na respiração	2*	2,5*

Diminuir remédios; Diversão; Distração; Se sentir mais esperto; Se desinibir; Autoestima; Vontade de viver; Mais ânimo; Funcionalidade; Melhora na postura; Bom para o organismo; Criar amizades; Contato com outras pessoas	1*	1,3*
Total	179	223,8

* valores da tabela correspondem à frequência e porcentagem de cada um dos termos individualmente.

4.5 Análise sobre a satisfação com a vida

Através da análise estatística, podemos observar que a média da variável “Satisfação com a Vida” obtida de todos os frequentadores resultou em 4,36 com $dp = 0,73$ (Tabela 7).

A média da satisfação com a vida para as mulheres apresentaram um valor maior em relação à média dos homens, uma vez que para o sexo feminino a média era de 4,41 com $dp = 0,71$ e a média do sexo masculino era de 4,18 com $dp = 0,79$. Através da análise, pode-se concluir que as medianas do score da satisfação com a vida não apresentaram diferenças significativas quando comparadas entre os sexos masculino e feminino ($p = 0,135$), sendo considerado então que as medianas para esta variável são praticamente iguais entre os grupos masculino e feminino (Tabela 7).

Tabela 7: Satisfação com a vida em função do sexo

	Média	N	DP	
Masculino	4,18	24	,79	U = 1.107 $p = 0,135$
Feminino	4,41	77	,71	
Total	4,36	101	,73	

A análise das variáveis “Satisfação com a Vida” e a variável “Escalão Etário” nos apresentou para os indivíduos até 74 anos uma média de 4,33 e $dp = 0,75$, enquanto para os indivíduos do escalão etário de 75 anos ou mais foi alcançada uma média de 4,39 com $dp = 0,72$. Entretanto, esses dados não apresentaram diferenças significativas entre os grupos dos escalões etários, sendo esses, então, compreendidos como variáveis que possuíam comportamentos semelhantes (Tabela 8).

Tabela 8: Satisfação com a vida em função do escalão etário

	Média	N	DP	
Até 74 anos	4,33	54	,75	U = 1.320 p = 0,722
75 anos ou mais	4,39	47	,72	
Total	4,36	101	,73	

Em relação à prática de exercício físico, os indivíduos praticantes apresentaram uma média de satisfação com a vida de 4,40 com $dp = 0,73$, enquanto os que não praticavam apresentaram uma média de 4,21 com $dp = 0,75$, porém ao verificar esses dados, concluiu-se que, apesar de os indivíduos praticantes apresentarem uma média maior quando comparada à média dos não praticantes, essa diferença não apresentou significância ($p = 0,194$), conforme se pode observar na tabela 9.

Tabela 9: Satisfação com a vida em função da prática de exercícios físicos

	Média	N	DP	
Pratica exercício físico	4,40	79	,73	U = 715,0 p = 0,194
Não pratica exercício físico	4,21	22	,75	

4.6 Análise sobre a escala de afetos positivos e negativos

As estatísticas descritivas relativas aos afetos positivos nos mostram que a média desta variável para a amostra é de 4,49 com $dp = 0,58$ (Tabela 10).

A análise dos afetos positivos em função do sexo mostra que as mulheres apresentaram uma média maior de afetos positivos em relação aos homens, obtendo o valor de 4,51 como média e $dp = 0,52$, enquanto os homens apresentaram o valor de 4,43 como média com $dp = 0,74$. No entanto, foi possível verificar que as medianas dos afetos positivos não apresentaram diferença significativa entre os indivíduos do sexo masculino e feminino ($p = 0,984$) (Tabela 10).

Tabela 10: Afetos positivos em função do sexo

	Média	N	DP	
Masculino	4,43	24	,74	U = 921,5 p = 0,984
Feminino	4,51	77	,52	
Total	4,49	101	,58	

A análise dos afetos positivos em relação aos escalões etários nos mostra que os indivíduos até 74 anos apresentaram uma média de 4,47 com $dp = 0,58$, enquanto os indivíduos de 75 anos ou mais apresentaram uma média de 4,51 com $dp = 0,58$, valores esses que estão muito aproximados. Pode-se confirmar então que as medianas encontradas não se diferem estatisticamente ($p = 0,598$) (Tabela 11).

Tabela 11: Afetos positivos em função do escalão etário

	Média	N	DP	
Até 74 anos	4,47	54	,58	U = 1.395 p = 0,598
75 anos ou mais	4,51	47	,58	

Para os praticantes de exercício físico, a média dos afetos positivos foi um pouco maior que a dos não praticantes, apresentando o valor de 4,55 e $dp = 0,50$, enquanto os indivíduos sedentários apresentaram o valor de 4,27 com $dp = 0,77$. No entanto, pode-se concluir que as medianas dos afetos positivos não apresentaram diferenças significativas entre os praticantes e não praticantes ($p = 0,196$) (Tabela 12).

Tabela 12: Afetos positivos em função da prática de exercícios físicos

	Média	N	DP	
Pratica exercício físico	4,55	79	,50	U = 714,5 p = 0,196
Não pratica exercício físico	4,27	22	,77	

Para os afetos negativos, a análise descritiva mostrou que a média de todos os frequentadores foi de 2,29 com $dp = 0,93$ (Tabela 13).

Quanto aos afetos negativos, em relação ao sexo, indivíduos do sexo feminino apresentaram a média de 2,30 com $dp = 0,89$, enquanto os indivíduos do sexo masculino apresentaram a média de 2,23 com $dp = 1,07$. Esses valores ao serem analisados apresentaram evidências de que as medianas não se diferem de forma significativa ($p = 0,493$), concluindo que os afetos negativos são percebidos da forma semelhante entre os homens e mulheres da amostra (Tabela 13).

Tabela 13: Afetos negativos em função do sexo

	Média	N	DP	
Masculino	2,23	24	1,07	U = 1.009 p = 0,493
Feminino	2,30	77	,89	
Total	2,29	101	,93	

A partir da análise descritiva, a média de afetos negativos apresentadas pelos indivíduos até 74 anos é de 2,40 com $dp = 0,99$ e a média apresentada pelos indivíduos com mais de 75 anos foi de 2,15 com $dp = 0,86$. A análise das médias referentes aos afetos negativos em comparação com os escalões etários mostrou que apesar dos idosos do primeiro escalão etário apresentarem valores maiores, eles não apresentaram diferenças significativas ($p = 0,230$) quando comparados ao outro grupo (Tabela 14).

Tabela 14: Afetos negativos em função do escalão etário

	Média	N	DP	
Até 74 anos	2,40	54	,99	U = 1.093 p = 0,230
75 anos ou mais	2,15	47	,86	

Quando se analisou os afetos negativos em relação à prática de exercício físico, os indivíduos praticantes apresentaram uma média de 2,28 com $dp = 0,93$, valor que se apresenta maior em relação aos indivíduos que não praticam exercício físico, tendo em vista que essas pessoas apresentaram uma média de 2,32 com $dp = 0,93$. Porém através dessa análise, foi possível concluir que as medianas dos indivíduos praticantes quando comparadas aos

não praticantes em relação a essa variável são similares, conforme mostrado na tabela 15.

Tabela 15: Afetos negativos em função da prática de exercícios físicos

	Média	N	DP	U = 891 p = 0,856
Pratica exercício físico	2,28	79	,93	
Não pratica exercício físico	2,32	22	,97	

4.7 Análise sobre o bem estar subjetivo

O bem estar subjetivo é calculado pelos resultados da equação do score de “satisfação com a vida” somado ao score de “afetos positivos”, e subtraído do score de “afetos negativos”. A análise descritiva dos dados mostram que a média do bem estar subjetivo dos frequentadores do Pró-Idoso é de 6,56, com dp = 1,70 (Tabela 16).

Através da análise descritiva, podemos observar que a média do bem estar subjetivo dos indivíduos do sexo feminino foi de 6,62 com dp = 1,62, sendo esses valores maiores quando comparados aos indivíduos do sexo masculino, que atingiram 6,38 com dp = 1,97. No entanto, através da comparação das medianas, foi possível observar que a diferença entre homens e mulheres se apresenta sem significância estatística (p = 0,820), mostrando que os indivíduos do sexo masculino e feminino avaliam o bem estar subjetivo de forma parecida (Tabela 16).

Tabela 16: Bem estar subjetivo em função do sexo

	Média	N	DP	U = 952,5 p = 0,820
Masculino	6,38	24	1,97	
Feminino	6,62	77	1,62	
Total	6,56	101	1,70	

A análise descritiva dos dados referentes aos escalões etários e o bem estar subjetivo nos mostra que indivíduos até os 74 anos apresentaram uma média de 6,40 com dp = 1,83, média essa que se apresentou menor quando comparada aos indivíduos com 75 anos ou mais. No entanto, a diferença das medianas obtidas para os dois grupos de escalão etário, não apresentaram

significância ($p = 0,464$), apontando que nos dois grupos do escalão esses valores são considerados semelhantes (Tabela 17).

Tabela 17: Bem estar subjetivo em função do escalão etário

	Média	N	DP	U = 1.376,5 p = 0,464
Até 74 anos	6,40	54	1,83	
75 anos ou mais	6,74	47	1,54	

A análise descritiva dos dados referentes ao bem estar subjetivo e a prática de exercício físico mostra que os praticantes apresentaram valores maiores em relação aos sedentários uma vez que a média desses indivíduos é de 6,67 com $dp = 1,68$, enquanto os sedentários alcançaram o valor de 6,16 com $dp = 1,76$. Esses dados, no entanto não apresentaram diferenças significativas ($p = 0,211$), mostrando que os indivíduos que praticavam exercício físico apresentaram medianas parecidas quando comparadas aos não praticantes (Tabela 18).

Tabela 18: Bem estar subjetivo em função da prática de exercícios físicos

	Média	N	DP	U = 717,0 p = 0,211
Pratica exercício físico	6,67	79	1,68	
Não pratica exercício físico	6,16	22	1,76	

4.8 Análise sobre o balanço decisional

A análise sobre o balanço decisional é feita através da equação entre a média dos “prós” menos a média dos “contras”. As estatísticas descritivas referentes ao balanço decisional mostraram que a média dos frequentadores do Pró-Idoso foi de 1,82, com $dp = 0,76$ (Tabela 19).

A análise descritiva nos permite mostrar que a média do score do balanço decisional para homens foi de 1,81, com $dp = 0,90$, enquanto a média para mulheres foi de 1,81, com $dp = 0,72$. A partir desses dados pode-se concluir que as medianas do balanço decisional não se diferem significativamente, uma vez que $p = 0,854$ (Tabela 19).

Tabela 19: Balanço decisional em função do sexo

	Média	N	DP	
Masculino	1,85	24	,90	U = 901,5 p = 0,854
Feminino	1,81	77	,72	
Total	1,82	101	,76	

Em relação aos escalões etários, os indivíduos até 74 anos apresentaram uma média de 1,78 no score do balanço decisional, com dp = 0,67, enquanto os indivíduos com 75 anos ou mais apresentaram uma média de 1,86, com dp = 0,86. Ao analisar esses resultados, pode-se concluir que as diferenças não foram significativas ($p = 0,376$) (Tabela 20).

Tabela 20: Balanço decisional em função do escalão etário

	Média	N	DP	
Até 74 anos	1,78	54	,67	U = 1.395 p = 0,376
75 anos ou mais	1,86	47	,86	

Já a respeito dos praticantes, a média do score do balanço decisional foi de 1,93 com dp = 0,59, enquanto os não praticantes alcançaram 1,42 com dp = 1,12. Através dessa análise foi possível perceber que a diferença entre as medianas dos praticantes e não praticantes apresentaram diferenças significativas, uma vez que $p = 0,019$ (Tabela 21).

Tabela 21: Balanço decisional em função da prática de exercícios físicos

	Média	N	DP	
Pratica exercícios físicos	1,93	79	,59	U = 592,5 p = 0,019
Não pratica exercícios físicos	1,42	22	1,12	

A análise do balanço decisional em relação aos estágios de mudança comportamental mostrou que os prós apresentaram valores de 3,32 no estágio de pré-contemplação, 4,20 na contemplação, 3,80 na preparação, 4,20 na ação e 4,11 na manutenção. Estes dados apresentaram um grau de correlação de 0,209 e foram considerados significativos ($p = 0,036$). Já em relação aos contras, as médias apresentadas para o estágio de pré-contemplação foram de 2,04; na contemplação, 2,55; na preparação, 2,60; na ação, 4,20 e na

manutenção, 2,16. Essas associações não foram consideradas significativas (Tabela 22).

Tabela 22: Prós e contras em função dos estágios de mudança comportamental

		Prós	Contras
Pré-contemplação	Média	3,32	2,04
	Dp	1,18	,56
Contemplação	Média	4,20	2,55
	Dp	,00	,81
Preparação	Média	3,80	2,60
	Dp	.	.
Ação	Média	4,20	2,45
	Dp	,20	,69
Manutenção	Média	4,11	2,16
	Dp	,30	,51
Total	Média	4,02	2,20
	Dp	,56	,57
Correlação		0,209	-0,084
p		0,036	0,402

5. Discussão dos resultados

5.1 Sexo

Em relação ao sexo dos frequentadores, os resultados da presente pesquisa vão ao encontro dos dados encontrados por Mazo et al. (2007) que em estudo desenvolvido com amostra aleatória em 37 centros de convivência de idosos, teve como participantes 219 pessoas do sexo feminino (85,5%) e 37 do sexo masculino (14,5%). Em outra pesquisa realizada por Borges et al. (2008), na qual foi analisado o perfil dos frequentadores de um centro de convivência da cidade de Belo Horizonte, foi constatado também que, dos frequentadores pesquisados, selecionados através de uma amostra aleatória, uma grande maioria, correspondente a 86,29% da amostra, era do sexo feminino. Outra pesquisa que comprova a prevalência de mulheres idosas em centros de convivência foi realizada por Valim-Rogatto et al. (2011) que ao analisar sua amostra concluiu que de 291 idosos pesquisados, 216 (75,25%) eram do sexo feminino e 75 (24,75%) correspondiam ao sexo masculino. Benedetti et al. (2012) também encontrou valores similares em sua amostra composta por 293 participantes de centros de convivência na cidade de Florianópolis, sendo que deste contingente, 266 indivíduos correspondiam aos sexo feminino.

5.2 Prática de exercícios físicos

Em relação à análise acerca da prática de exercícios físicos, o presente estudo encontrou um número alto de praticantes regulares, alcançando 78,2% da amostra, enquanto apenas 21,8% não tinham esse hábito. Em outro estudo com idosos frequentadores de centros de convivência, Valim-Rogatto et al. (2011) concluiu que 87,9% de sua amostra estavam em níveis de atividade física considerados recomendados para tal público (mais que 150 minutos por semana de atividade física). Marconcin (2008) pesquisando 68 idosos frequentadores de Universidades da Terceira Idade da cidade de Porto encontrou também resultados que comprovaram que uma grande parcela da amostra (76%) era de praticantes regulares de exercícios físicos e, apesar

dessa pesquisa não ter sido realizada em um centro de convivência, como é o caso da presente pesquisa, esses dados são relevantes uma vez que as Universidades da Terceira Idade desempenham o papel de interação social e incentivo aos hábitos saudáveis. De acordo com a autora, os idosos “(...) já tinham aderido a uma ocupação diferenciada e são, com isso, mais receptíveis a novas propostas de melhoria da sua qualidade de vida.” Em outro estudo em centros de convivência, Mazo et al. (2007) concluiu que de sua amostra composta por 256 idosos, 79,13% eram idosos considerados muito ativos (>300 min/sem de exercícios físicos por semana). Corroborando com esses dados, Cardoso et al. (2008) obteve em sua amostra, composta por 262 idosos frequentadores de grupos de convivência na cidade de São José (Santa Catarina), resultados que mostram que 88,7% dos participantes eram considerados muito ativos (≥ 150 min/sem de exercícios físicos por semana)

Esses dados mostram que os idosos que frequentam centros de convivência têm a tendência a estarem envolvidos com a prática de atividade física, fato que, de acordo com Valim-Rogatto et al. (2011) pode estar relacionado com a oferta de momentos de prática de atividade física dentro do próprio centro de convivência, facilitando o acesso a esses indivíduos. Porém, em um estudo desenvolvido por Araújo (2015), foram encontrados resultados diferentes, uma vez que em sua amostra, composta por 42 idosos de um centro de dia localizado na cidade de Porto, 38,1% eram praticantes regulares de atividade física enquanto 61,9% não praticavam, mesmo tendo a oferta de atividades físicas dentro da instituição pesquisada. A pesquisadora afirma que uma das justificativas para sua amostra ter poucos praticantes regulares de exercícios físicos é que, de acordo com Nigg et al. (1999), os idosos sofrem de doenças crônicas, e isso faz com que a prática de atividade física como uma opção para o tratamento dessas doenças seja descartada.

Ao analisar a relação da prática de exercícios físicos e o sexo neste estudo, foram encontrados dados que mostram que, apesar de as mulheres não apresentarem valores significativamente diferentes, elas eram mais presentes nos momentos de prática do que os homens, sendo que 81,8% das

mulheres praticavam exercícios físicos, enquanto apenas 66,7% dos homens eram praticantes regulares. Monteiro et al. (2014) encontrou uma relação parecida em sua pesquisa, que analisava a prática de atividade física no meio rural e urbano, uma vez que 62% das idosas pesquisadas eram praticantes de exercícios físicos regulares, enquanto apenas 46,2% dos homens tinham essa prática regularmente. Corroborando com esses resultados, Marconcin (2008) encontrou, em sua pesquisa, valores que mostraram que 58% dos homens e 68% das mulheres praticavam exercícios físicos por, ao menos, 2 vezes na semana. Cardoso et al. (2008) também encontrou, em suas investigações, evidências para considerar as mulheres mais ativas fisicamente quando comparadas aos homens.

A prática de exercícios físicos também foi analisada em função do escalão etário para que, a partir disso, fosse possível observar se existem diferenças entre indivíduos com idade mais avançada e aqueles mais novos. Na presente pesquisa encontrou-se que 81,5% dos indivíduos até 74 anos eram praticantes regulares de exercícios físicos enquanto 74,5% dos indivíduos de 75 anos ou mais eram ativos fisicamente. Essa diferença não foi considerada significativa, apesar de ter apresentado uma tendência de os idosos mais jovens se envolverem mais com as práticas de atividade física. Marconcin (2008), em sua pesquisa, encontrou um resultado semelhante, uma vez que 69% dos indivíduos até 64 anos, 67% dos indivíduos de 65 à 74 anos e 55% dos indivíduos de 75 à 84 anos tinham a prática de exercícios físicos com regularidade adquirida. Valim-Rogatto et al. (2011) teve como resultado de sua pesquisa que 91,1% dos indivíduos até 74 anos eram considerados ativos, um valor maior quando comparado aos idosos com 75 anos ou mais, tendo em vista que 77,3% desses foram considerados suficientemente ativos. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de que os idosos mais velhos apresentam mais fatores incapacitantes e doenças crônicas, e por isso, entre eles existe uma tendência a serem menos ativos fisicamente quando comparados com os indivíduos mais novos (Barbosa et al., 2007).

Em relação às modalidades praticadas dentro da instituição, a ginástica se mostrou como a atividade com maior número de participantes (53,47% da amostra), o que pode ser explicado pela grande oferta de momentos em que a ginástica é oferecida, o que equivale a 24 vezes por semana. Já a dança de salão e o boliche adaptado, apresentaram uma média menor de frequentadores, no entanto, essas aulas são oferecidas em menores volumes (4 aulas de boliche e 5 aulas de danças semanais). Outras modalidades muito procuradas são o bingo e o baile, momentos caracterizados pela alta capacidade de estimular a convivência social dos frequentadores.

Apesar de a presente pesquisa se valer de um questionário composto por questões fechadas, durante recolhimento das respostas, alguns idosos justificavam que não praticavam atividades físicas em outros lugares por não terem condições financeiras de pagar o valor estipulado por ginásios e/ou outros locais que as oferecessem ou, então, por não se sentirem confiantes em realizar exercícios físicos sem o devido acompanhamento profissional. Seguem algumas falas nesse sentido: “(...) eu adoro fazer ginástica, queria fazer mais vezes, mas infelizmente não posso porque é muito caro nas academias (...)”, “(...) Eu só faço aqui (Pró-Idoso), porque tenho medo de fazer sozinha e machucar (...)”, “(...) Se eu tivesse condições, queria fazer ginástica todo dia (...)”. Isso nos faz pensar o quão importante é a inclusão de atividades físicas em programas de saúde pública, uma vez que grande parcela da população brasileira não tem condições de pagar por um serviço de acompanhamento profissional. Essa importância também se dá pelo impacto positivo do exercício físico na saúde dos idosos, diminuindo a ocorrência de problemas de saúde que poderiam ser evitados através de uma saúde preventiva e, conseqüentemente, gerando a diminuição nos gastos com atendimentos hospitalares e proporcionando o aumento da qualidade de vida desses indivíduos.

É interessante perceber que a maioria dos entrevistados (52,63%) que praticam atividade fora do Pró-Idoso optou por fazer a caminhada, atividade que, segundo eles, não necessita de um acompanhamento profissional, e ao

mesmo tempo é considerada uma prática que não exige técnica, como explicitado nas seguintes falas: “(...) eu faço caminhada perto da minha casa todo dia (...)”, “(...) eu caminho porque para caminhar eu só preciso colocar um tênis e sair andando (...)”, “(...) eu caminho toda manhã porque para fazer isso não preciso frequentar nenhuma academia (...)”. Marconcin (2009) encontra uma situação parecida. Em sua amostra, 35% dos entrevistados afirmaram que costumavam praticar caminhadas antes de se inscrever em programas de exercício físico nas Universidades Sêniores de Portugal. Dados semelhantes foram encontrados por Cardoso et al. (2008) com 41,4% de sua amostra tendo a caminhada como exercício físico.

Em relação à frequência da prática no Pró-Idoso, todos os participantes afirmaram que realizavam as atividades somente por 2 dias na semana, uma vez que este é o limite imposto pela própria instituição para as atividades que incluíam o exercício físico.

5.3 Estágios de mudança comportamental

Com relação aos estágios de mudança comportamental, esta pesquisa encontrou apenas um indivíduo no estágio de preparação. Pensando nesse resultado, uma explicação viável está no fato de que a instituição pesquisada convoca os indivíduos inscritos para prática de exercícios físicos exclusivamente nos meses de março a outubro. Tal convocação visa ao preenchimento de vagas ociosas. Como os questionários foram respondidos no mês de março, os participantes já se incluíam nessas práticas, pelo menos, desde o mês de outubro do ano anterior. Assim, podemos considerar que a maioria deles já era de praticantes de exercícios físicos há mais de 6 meses, o que os colocavam no estágio de manutenção.

Araújo (2015) concluiu que 33,1% da amostra trabalhada em seu estudo se encontravam no estágio de pré-contemplação, 11,9% na contemplação, 16,7% na preparação, 14,3% na ação e 23,8% na manutenção. Esses dados apresentam muitas diferenças em relação à presente pesquisa, mostrando que apenas uma pequena parcela da amostra se encontrava fisicamente ativa, dados que sugerem que em diferentes contextos as populações podem se

comportar de maneiras diferentes em relação à prática de atividades físicas. Gobbi et al. (2008) também encontrou uma prevalência de inatividade física em sua amostra composta por 30 idosos residentes em uma instituição. Nesse caso, 56% se encontravam no estágio de pré-contemplação, 7% no estágio de contemplação, 13% no estágio de preparação, 7% na ação e 17% na manutenção, totalizando o expressivo número de 76% de idosos inativos. O autor justifica que um dos motivos do elevado número de sedentários é que na instituição não eram oferecidos momentos de prática de atividade física, o que dificultava o acesso dos moradores a realizar tais práticas. Brazão et al. (2009), em uma amostra composta por 79 idosos moradores de uma cidade de médio porte do estado de São Paulo, verificou que apenas 35,5% dos indivíduos praticavam atividade, sendo que destes idosos, 12,6% estavam no estágio de ação e 22,7% no estágio de manutenção, enquanto 50,6% se encontravam no estágio de pré-contemplação, 8,8% no estágio de contemplação e 5,2% no estágio de preparação, mostrando que metade de sua amostra não tinha nem o interesse em começar a se envolver em uma prática de exercícios físicos.

5.4 Barreiras e benefícios percebidos

5.4.1 Barreiras

Das barreiras mencionadas pelos pesquisados, a mais frequente foi a “falta de motivação”, mencionada por 8 indivíduos (38,1% dos casos), o que indica que os idosos da amostra na maior parte das vezes não procuram se inserir em grupos de exercício físico por falta de interesse. É possível pensar que esse desinteresse possa estar ligado a um desconhecimento com relação aos muitos benefícios oriundos dessa prática. Assim, podemos inferir que, junto a esforços que visem à divulgação dessa informação, a motivação extrínseca (podendo ser por parte da família, amigos ou da própria sociedade) pode produzir o interesse dos idosos na adesão a programas que promovam momentos para a prática de exercícios físicos. Duas outras barreiras estão na segunda posição com 4 menções cada (19% dos casos), sendo elas a

“proibição médica” e “problemas de saúde”. Tais barreiras já têm sofrido uma diminuição com o passar dos anos, porém ainda podem diminuir mais, na medida em que a medicina tradicional assimile a prática de exercícios físicos como uma forma tanto de prevenção de doenças como de auxílio no tratamento de patologias e outros problemas relacionados à saúde.

Lees et al. (2005), em estudo com idosos de um programa de intervenção para promoção da saúde, avaliava as barreiras para a prática de exercícios físicos. Sua amostra contava com 66 idosos com mais de 65 anos divididos em grupos de praticantes regulares e (n = 37) e não praticantes (n = 29). Para os que praticavam atividade física regular a maior barreira era a “inércia”, com 14 menções, relacionada com o fato de procrastinarem, ou argumentarem que tinham outras coisas a fazer. Em segundo lugar, com 13 apontamentos, estava a falta de tempo, e a terceira barreira mais citada foi em relação às “doenças físicas”, que se associa com patologias, lesões e uma percepção reduzida acerca da saúde. Já para os grupos de não praticantes, a primeira barreira mais mencionada foi o medo de se machucar, com 14 ocorrências, seguido da “inércia”, com 12. Em terceiro lugar vinham os “afetos negativos”, com 9 menções, sendo esses relacionados com sintomas depressivos e falta de motivação. Nessa pesquisa também foram levantados outros fatores como a falta de suporte social, a percepção de idade elevada e a crença na incapacidade de se exercitar.

Um estudo desenvolvido por Moschny et al.(2011) com 1937 indivíduos alemães acima dos 65 anos, foram analisadas as barreiras percebidas para a prática de atividade física. A conclusão foi a de que um grande número da amostra, 57,7%, relatou como barreira a falta de saúde, 43,0% mencionou a falta de companhia, 36,7% apontou a falta de interesse, 23,1%, a falta de oportunidade, e uma parcela de 22% citou o medo de cair.

Gobbi et al. (2012), em pesquisa que pretendia analisar as barreiras percebidas para a prática de exercícios físicos e o estágio de mudança comportamental em uma amostra composta por 30 idosos institucionalizados,

apontou como as barreiras mais mencionadas a “doença”, a “segurança no ambiente (relacionada à violência)” e o “dinheiro”.

Andrade et al. (2000), em seu estudo, encontrou como barreiras mais frequentes para indivíduos acima de 50 anos, residentes em cidades do interior de São Paulo, a “falta de equipamento”, a “necessidade de repouso”, a “falta de local”, a “falta de clima adequado” e a “falta de habilidade”.

Na pesquisa de Cassou (2008), as barreiras identificadas pelos idosos variam de acordo com o nível socioeconômico dos indivíduos. O pesquisador concluiu que, de sua amostra, pessoas de nível socioeconômico alto mencionaram como barreiras mais frequentes os fatores “demográficos e biológicos”, seguidos dos fatores “psicológicos, cognitivos e emocionais”. Em terceiro lugar está a dimensão “cultural e social”. Já os indivíduos de nível socioeconômico baixo mencionaram, mais frequentemente, a dimensão “ambiente físico”, seguido de “psicológicos, cognitivos e emocionais”, e, em terceiro lugar, “demográfico e biológico”. É interessante perceber que os fatores ambientais (custo, clima, características do ambiente, falta de segurança, dentre outros) exerceram maior influência negativa nos indivíduos de baixo nível socioeconômico enquanto nos idosos de alto nível socioeconômico os fatores demográficos e biológicos exercem mais influência. Cassou (2008) explica tal fato mostrando que os fatores ambientais como custo, falta de segurança, acessibilidade, não são muito vivenciados pelos idosos de alto nível socioeconômico. Para eles, a condição financeira possibilita a minimização destas situações, enquanto que fatores demográficos e biológicos (condições relacionadas à saúde, idade, limitações físicas) são condições mais impactantes por serem mais inertes. Nessa pesquisa, o investigador encontrou que, para indivíduos de nível econômico mais baixo, os fatores “custo” (15,4%), “clima” (13%) e “falta de suporte social” (10,8%) foram os itens mais mencionados, enquanto que, para indivíduos de nível econômico mais alto, as barreiras mais citadas foram “limitações físicas” (21,3%), “isolamento social” (15,4%) e “problemas de saúde” (5,9%).

Pesquisando 30 idosas com mais de 80 anos, inativas fisicamente, Mazo et al. (2015), apresentou como principal barreira mencionada a “limitação física”(19 menções), seguida de “falta de disposição” (9 menções) e “excesso de cuidado da família”, “exercícios físicos inadequados” e “doenças” (8 menções, cada). Outras barreiras foram citadas, porém, com uma frequência menor como “falta de segurança”, “casamento e cuidar dos filhos”, “medo de quedas” e “aumento da idade”.

A partir dos resultados obtidos na presente pesquisa e dos dados disponibilizados pela comunidade científica, como acaba de ser exposto, é possível perceber que aspectos relacionados aos fatores psicológicos são grandes barreiras que fazem com que os idosos não busquem a inserção em espaços que ofereçam exercícios físicos. A falta de motivação, o medo de cair ou de se machucar, a falta de interesse e a falta de disposição são fatores que podem ser contornados através de incentivos e esclarecimentos tanto por parte dos familiares, que exercem grande influência na vida dos idosos, quanto por parte do governo e da mídia, que são também grandes influenciadores e podem, por um lado, criar oportunidades acessíveis e de qualidade e, por outro lado, divulgar essas ações a fim de aumentar a procura por uma vida mais saudável. Programas que ofereçam atividades físicas regulares para idosos em ambientes públicos, como os centros de convivência, criam excelentes oportunidades e condições para esses indivíduos começarem a praticar exercícios físicos. Através do estímulo e do suporte social, as barreiras mencionadas pelas pessoas idosas podem ser facilmente quebradas, gerando uma nova consciência a respeito de hábitos saudáveis. Wallace et al. (1995) encontrou, em seu estudo, comprovações de que o apoio social tem um papel fundamental na motivação dos idosos em relação à prática de exercícios físicos, exaltando a importância da família e amigos tanto para a adesão a programas oferecidos quanto para a manutenção dessas atividades por parte dos idosos. Esse fato é confirmado por Seefeldt et al. (2002). Ele acrescenta que quanto maior o apoio que a sociedade fornecer aos indivíduos idosos, maior será o nível de atividade física praticada por eles.

Na presente pesquisa, os fatores biológicos foram a outra categoria de impedimentos percebidos pelos idosos. Assim como em outros estudos, os idosos mencionam, com muita frequência, fatores como doenças, falta de saúde percebida, problemas de saúde, dores no corpo e limitações físicas. Essas barreiras, muitas vezes, podem estar relacionadas à falta de conhecimento e credibilidade com relação aos efeitos terapêuticos e promotores de qualidade de vida que podem acontecer com as práticas, associando-as ainda a atividades cansativas e muito exigentes com o organismo. Nigg et al. (1999) justifica esse fato mostrando que idosos que sofrem de doenças crônicas tendem a descartar a prática de exercícios físicos como opção de tratamento. Hoje, já é comprovado que diversas doenças e patologias podem ser aliviadas e até mesmo curadas quando o tratamento médico é associado à prática de exercícios físicos. Novamente, a falta de divulgação de bons resultados nesse sentido mantém a ignorância dos fatos e contribuem na manutenção de mitos, como o de que exercícios físicos sejam próprios para jovens saudáveis e não para velhos doentes.

As barreiras relacionadas à saúde, são, até certo ponto, justificáveis, uma vez que, com o envelhecimento, o risco de lesão aumenta consideravelmente, porém, esse risco pode ser diminuído através de uma equipe multidisciplinar, composta por vários profissionais da área da saúde Gobbi et al. (2008). Consideramos, então, que esta deva ser uma preocupação das instituições que se dedicam à promoção de uma vida idosa mais saudável.

Outros fatores que, apesar de não terem aparecido na presente pesquisa, mas são encontrados com frequência em outras, são barreiras relacionadas ao ambiente (clima, segurança no ambiente, falta de equipamento e local). Esses resultados apontam para a necessidade de se criarem mais espaços que tenham como foco o atendimento ao público idoso, tendo em vista que grande parte dessa população apresenta dificuldades para se locomover e é mais vulnerável aos fatores climáticos. Os fatores relacionados ao suporte social estão entre as barreiras mais mencionadas pelos idosos de diversas pesquisas, mas também não foram encontrados no presente estudo.

Finalizando as reflexões acerca das barreiras impeditivas para a prática de exercícios físicos pelos idosos, ressalta-se que, com o envelhecimento, essas barreiras vão se modificando (Martins, 2000). Para amenizar os riscos de inatividade que podem aparecer com o aparecimento de barreiras novas ou o recrudescimento das que já existem, é importante insistir nas motivações e esclarecimentos constantes aos idosos, fortalecendo seu ânimo e possibilitando escolhas mais positivas para sua vida.

5.4.2 Benefícios

Dentre os benefícios citados pelos participantes desta pesquisa, a “diminuição da dor” foi o mais citado, com 27 menções (33,7%). Isso corresponde a pouco mais que um terço das falas dos frequentadores, mostrando a importância que o exercício físico tem na melhora de sintomas de doenças, principalmente osteomusculares, e no bem estar corporal, fato que fortalece os argumentos em prol dos exercícios físicos. A “melhora da saúde” foi o segundo benefício mais falado, com 16 menções (20%), e apesar de ser um fator amplo, pode-se ver, na prática, como os entrevistados praticantes regulares vivenciaram os efeitos terapêuticos que os exercícios podem gerar, impactando diretamente na qualidade de vida dessas pessoas. Esses benefícios já são amplamente comprovados na comunidade científica, uma vez que as pesquisas (Mazzeo, 1998; Fachine & Trompieri, 2012; Monteiro et al., 2014; Taylor, 2015) cada vez mais demonstram que a atividade física diminui o declínio funcional e a perda de massa magra, melhora a saúde cardiorrespiratória, a força, a flexibilidade, a saúde óssea dentre outros inúmeros fatores que irão contribuir em uma melhora na saúde percebida e no alívio de dores. O terceiro benefício mais mencionado foi a “socialização”, sendo este citado por 15 pessoas (18%). Isso demonstra a importância de existirem locais próprios para o encontro, interação social e criação de vínculos de amizade entre idosos, tendo em vista que esse público geralmente se distancia de pessoas próximas e lida com a perda de cônjuges e parentes com mais frequência, o que pode, facilmente, levá-los a vivenciar experiências de solidão.

5.5 Satisfação com a vida

A avaliação da satisfação com a vida, nesta pesquisa, mostrou que as mulheres alcançaram valores maiores em relação aos homens. Apesar de não apresentar significância estatística, esses resultados corroboram com o estudo de Guedea et al. (2006), que também encontrou valores maiores para a satisfação com a vida em pessoas do sexo feminino. Por outro lado, Marconcin (2008) encontrou valores maiores de Satisfação com a Vida para homens, uma vez que eles alcançaram a média de 3,57 enquanto as mulheres alcançaram 3,36. No entanto, esses resultados também não apresentaram diferenças significativas.

A avaliação da satisfação com a vida em relação ao escalão etário mostrou valores muito parecidos para as duas categorias de idade definida na presente pesquisa, apesar de os idosos com 75 anos ou mais apresentarem um valor maior. Já Marconcin (2008) encontrou valores médios de 3,15 ($dp = 0,613$) para indivíduos até 64 anos, 3,57 ($dp = 0,693$) para indivíduos de 65 até 74 anos e 3,38 ($dp = 0,671$) para indivíduos de 75 a 84 anos, sendo essas diferenças consideradas não significativas.

A relação entre a satisfação com a vida e a prática de atividade física, no presente estudo, mostra que, apesar de não apresentar diferenças significativas, indivíduos que praticam tendem a apresentar valores superiores aos sedentários. Isso vai ao encontro da pesquisa de Monteiro et al. (2014) que encontrou, para praticantes, uma média da satisfação com a vida de 3,40 com $dp = 0,74$ e, para não praticantes, 3,13 com $dp = 0,67$. Entretanto essas diferenças também não foram consideradas significativas. Complementando estes dados, Marconcin (2008) analisou a diferença entre as médias das mesmas variáveis e concluiu que, em sua pesquisa, houve diferenças significativas ($p = 0,01$) entre esses números, tendo em vista que os praticantes regulares alcançaram uma média de 3,50 com $dp = 0,61$, enquanto os indivíduos não praticantes registraram um valor médio de 3,16 com $dp = 0,90$.

5.6 Afetos positivos e afetos negativos

Na presente pesquisa, os valores médios encontrados para os afetos negativos e positivos foram maiores para o sexo feminino quando comparados com os indivíduos do sexo masculino, porém, sem apresentar diferenças estatisticamente significativas. Esse dado vai ao encontro daqueles encontrados por Marconcin (2008). Em suas análises, os homens obtiveram valores médios de afetos positivos de 3,64 com $dp = 0,53$, enquanto as mulheres obtiveram 3,69 com $dp = 0,66$. Com relação aos afetos negativos, foram encontrados os valores de 2,37 com $dp = 0,67$ para homens e 2,74 com $dp = 0,68$ para mulheres, o que já é considerado significativo ($p = 0,44$). Segundo Diener (1984) e Diener et al. (1999) o fato de as mulheres apresentarem tanto afetos positivos quanto afetos negativos superiores aos encontrados em homens acabam por gerar um equilíbrio. Dessa forma, essas diferenças não impactam de forma significativa na avaliação do bem estar subjetivo.

Em relação ao escalão etário, foram encontrados valores maiores tanto de afetos positivos, quanto de afetos negativos para indivíduos com 75 anos ou mais, porém, sem diferenças significativas. Em seu estudo, Marconcin (2008) concluiu que indivíduos até 64 anos apresentaram a maior média seguidos dos indivíduos de 65 a 74 anos. Já as menores médias estão para os indivíduos de 75 a 84 anos, atingindo valores de 3,85; 3,72 e 3,43 respectivamente. No entanto, essas diferenças também não foram consideradas significativas. Por outro lado, na análise dos afetos negativos do mesmo estudo, a autora encontrou médias maiores para os indivíduos de 75 a 84 anos, com o mesmo valor para indivíduos de 65 a 74 anos, seguidos dos indivíduos até 64 anos, apresentando os valores de 2,72; 2,72 e 2,35 respectivamente, um resultado considerado não significativo. A partir dessas análises, podemos concordar com Diener et al. (1999) que afirma que a crença de que o bem estar subjetivo diminui com o passar dos anos não existe mais, uma vez que pesquisas têm encontrado valores semelhantes para as diferentes idades.

Quando analisada a prática de exercícios físicos em relação aos afetos, os dados mostram que os afetos positivos foram maiores para indivíduos praticantes de exercícios físicos, enquanto os afetos negativos se apresentaram menores para o mesmo grupo, diferença não considerada significativa. O estudo de Monteiro et al. (2014) encontrou resultados semelhantes com relação aos afetos positivos, tendo como média para praticantes o valor de 3,52 e para não praticantes de 3,37, sendo essas diferenças consideradas não significativas. No entanto, a avaliação dos afetos negativos para praticantes apresentou valores de 2,55, e para não praticantes, 2,96, o que já é considerado como significativo. Já para Marconcin (2008), os valores encontrados para os afetos positivos também foram maiores para praticantes, sendo que esses apresentaram a média de 3,78 enquanto os indivíduos não praticantes apresentaram a média de 3,34, diferenças essas consideradas significativas. Já para os afetos negativos, apesar de as diferenças não se apresentarem como significativas, a pesquisadora encontrou valores maiores para praticantes (2,64) em relação aos não praticantes (2,62).. É interessante perceber que os valores encontrados para os afetos negativos foram muito inferiores quando comparados às outras dimensões do bem estar subjetivo, e uma das justificativas para esse fato, de acordo com Mroczek e Kolarz (1998) é de que os idosos, por enxergarem o futuro como um espaço mais limitado, tentam aumentar as experiências que irão promover emoções positivas e, ao mesmo tempo, diminuir as que provoquem emoções negativas. Apesar de não apresentar diferenças significativas nestas variáveis, Stathi et al. (2002) concluiu, em sua pesquisa, que a prática regular de atividade física influencia diretamente em todas as dimensões do bem estar subjetivo, com exceção apenas do bem estar material. Spirduso et al. (2005) afirma que indivíduos que praticam atividade física com regularidade, pelo fato de se inserirem em um grupo, ficam mais felizes, uma vez que o próprio ambiente favorece a interação social dos mesmos.

5.7 Balanço decisional

A análise do balanço decisional quando relacionado com o sexo não apresentou diferenças significativas, resultando em comportamentos muito similares. O mesmo encontramos na pesquisa de Araújo (2015), que obteve a média do balanço decisional de 1,90 com $dp = 1,53$ para homens e de 1,90 com $dp = 1,31$ para mulheres..

Já em relação aos escalões etários, os dados encontrados mostram que os indivíduos até 74 anos apresentaram um valor menor em relação aos indivíduos de 75 anos ou mais, portanto sem diferenças significativas.

A análise do balanço decisional em relação à prática de exercícios físicos já apresentou diferenças significativas entre praticantes e não praticantes, sendo que os praticantes apresentaram valores maiores. Esse resultado corrobora com o estudo de Araújo (2015) que encontrou valores médios de 1,40 para indivíduos não praticantes, com $dp = 1,47$ enquanto para indivíduos praticantes a média foi de 2,71 com $dp = 0,54$, mostrando uma diferença estatisticamente significativa.

Ao observar as médias dos valores alcançados para prós e contras, é possível perceber que existe uma tendência dos valores dos “prós” aumentarem na medida em que a prática de exercícios físicos se torna mais assimilada pelos indivíduos. É interessante observar que os indivíduos que já começaram a praticar apresentam as médias de 4,20 (ação) e 4,11 (manutenção), enquanto os indivíduos que ainda não praticam apresentam valores menores, com exceção do estágio de contemplação que apresenta uma média parecida com os indivíduos que, de alguma forma, já praticam exercícios físicos. Esta associação, ao ser submetida à análise, apesar de apresentar um coeficiente de correlação baixo (0,209), se mostrou significativa ($p = 0,036$), comprovando que os valores dos “prós” aumentam na medida em que a prática de exercícios físicos aumentam. Esse comportamento também é observado na avaliação dos “contras”, uma vez que os indivíduos diminuem seu escore na medida em que o comportamento da prática de atividade física aumenta, de acordo com os estágios de mudança, com exceção do estágio de

pré-contemplação, que apresentou o menor valor na avaliação (2,04). Porém, ao serem submetidos à análise, as variáveis não apresentaram associação significativa. No estudo de Araújo (2015), essa associação também foi investigada e os resultados se mostraram parecidos, uma vez que os valores dos prós aumentaram conforme os indivíduos avançam de estágio, apresentando associação estatisticamente significativa, assim como os valores dos contras diminuíram na medida em que os estágios evoluíram. Gorely e Gordon (1995) encontraram também resultados semelhantes, associando os prós aos estágios de mudança comportamental, sendo que indivíduos na manutenção apresentaram os maiores valores enquanto indivíduos na pré-contemplação apresentaram os menores, ao contrário dos contras, que apresentaram os maiores valores nos indivíduos que se encontravam no estágio de pré-contemplação e os menores nos indivíduos na manutenção.

No presente estudo, foi evidenciado que a análise do balanço decisional não apresentou diferenças significativas quando relacionados com o sexo dos indivíduos e o escalão etário. No entanto, quando se analisa essa variável em função da prática de exercício físico e dos estágios de mudança comportamental, o balanço decisional se mostra influenciado, mostrando que existe a tendência de os idosos aumentarem os prós de forma significativa e diminuírem os contras na medida em que vão encontrando mais motivações para tornarem a prática de atividade física um comportamento adquirido.

Essas análises nos levam a afirmar que grande parte de indivíduos idosos que não praticam atividade física desconhecem os seus benefícios a ponto de não se motivarem para iniciar essa prática, mostrando, como em outros momentos já discutidos, a necessidade da promoção da atividade física para tal público.

6. Conclusão

Através da presente pesquisa, foi possível perceber que o Centro de Convivência Pró-Idoso, assim como outros centros de convivência voltados para o público com idade acima de 60 anos, é frequentado predominantemente por indivíduos do sexo feminino, mostrando a importância dada pelas mulheres para a busca de interação social entre outras ações com foco em seus interesses e necessidades.

Em relação ao nível de prática de exercícios físicos, foi possível deduzir que, nos ambientes de convivência entre idosos, uma alta parcela dos frequentadores eram praticantes regulares. Isso pode ser explicado pelo fato de que nesses centros de convivência, em sua maioria, são oferecidos momentos de prática de exercícios físicos, o que facilita a adesão dos idosos a tais atividades.

A análise dos estágios de mudança comportamental e das práticas de exercícios físicos apresentaram os mesmos resultados quando associados com os diferentes escalões etários e sexos. Por outro lado, quando se analisa os estágios de mudança comportamental relacionados aos exercícios físicos, observa-se que, fora de ambientes voltados para o atendimento ao público idoso, os indivíduos, de maneira geral, tendem a não desenvolverem esse hábito. Isso demonstra a importância de ambientes que reforcem a busca por uma vida mais saudável, como os modelos dos centros de convivência e universidades da terceira idade.

Entre as atividades oferecidas na instituição pesquisada, a ginástica era a mais frequentada pelos idosos. Podemos inferir que pelo fato de termos essa atividade culturalmente ligada aos ganhos para a saúde, ela venha a ser mais procurada, quando comparada à dança de salão e ao boliche adaptado, que são vistos como atividades mais relacionadas ao lúdico. A caminhada apareceu como a atividade mais praticada por indivíduos que se exercitavam fora do Pró-Idoso. Isso se justifica pela facilidade encontrada pelos idosos em realizar tal prática, já que não apresenta necessidade de vinculação financeira a um

profissional e/ou a um estabelecimento especializado. O mesmo não ocorre com a hidroginástica e a ginástica, atividades essas que apresentaram uma participação relativamente baixa justamente por apresentarem tal necessidade, o que para os idosos é apresentado como problema.

A investigação a respeito das barreiras associadas à prática de exercícios físicos possibilita concluir que para serem diminuídas torna-se necessária a união de esforços entre a mídia, o governo e a sociedade. O objetivo seria promover a divulgação de resultados positivos quanto à prática de exercícios físicos e a criação de novos ambientes de caráter público que ofereçam atividades dessa natureza voltadas para o público idoso. Essa necessidade se dá pelo fato de que ainda é comum encontrarmos a descrença de que a atividade física possa combater sintomas de doenças e patologias através de seu grande potencial terapêutico. Essa descrença justifica a maioria das barreiras relacionadas aos fatores biológicos. É importante destacar que as barreiras encontradas na presente pesquisa são similares às encontradas em outros estudos, mostrando que, de forma geral, o ambiente no qual os idosos estão inseridos não é fator relevante para variação desses resultados.

A respeito dos benefícios percebidos, os frequentadores relataram vivenciar melhorias tanto nos aspectos ligados aos fatores biológicos, como a diminuição da dor e a melhora na saúde, quanto benefícios ligados aos aspectos psicológicos e sociais, como o aumento do bem estar e a socialização. Esse fato deixa visível que os benefícios percebidos pelos frequentadores do Pró-Idoso se aproximam daqueles tratados em pesquisas ligadas à prática de atividades físicas em geral.

Por frequentarem um ambiente que facilita a comunicação e a troca de experiências, os idosos que ainda não praticam exercícios físicos podem ser facilmente motivados por aqueles que os praticam principalmente quando tomam conhecimento dos benefícios que podem ser alcançados. É assim que podemos entender a grande adesão a esses exercícios por parte dos frequentadores do Pró-Idoso e a importância de se conhecerem os benefícios associados a essa prática.

A respeito do bem estar subjetivo, os valores encontrados na presente pesquisa não apresentaram diferenças significativas quando relacionados com o sexo, o escalão etário e a prática de exercícios físicos. No entanto, comparando esses dados a dados de outros estudos, inferimos que existe uma tendência para mulheres praticantes de exercícios físicos apresentarem maiores valores em relação ao bem estar subjetivo. O escalão etário foi a variável que menos apresentou diferenças, mostrando que a idade, nesta amostra, parece não influenciar a percepção do bem estar subjetivo. Talvez o fato de os idosos já estarem inseridos em um ambiente que promove a interação social já faça com que eles apresentem valores de bem estar subjetivo similares. Dessa forma, os exercícios físicos não foram apreciados como um fator relevante para o aumento do bem estar subjetivo. Isso não nos autoriza a tratar essa prática com menos importância devido ao conhecimento já construído nesse âmbito, além de termos encontrado nesta pesquisa, assim como em outras, uma tendência a valores maiores associados aos praticantes.

Quando avaliado o balanço decisional, foi possível concluir que os indivíduos praticantes de exercícios físicos apresentaram valores significativamente maiores em relação aos sedentários. Da mesma forma, a associação entre os estágios de mudança comportamental apresentaram associação significativa com os prós, apesar da baixa relação. Porém, em relação aos contras, essa diferença não foi considerada significativa. Esse fato mostra que os indivíduos aumentam significativamente os prós na medida em que avançam entre os estágios de mudança comportamental. Por outro lado, os contras tendem a diminuir, embora nesta pesquisa essas diferenças não tenham apresentado significância. Outras pesquisas encontraram a mesma relação, reforçando a ideia aqui apresentada.

Ao terminar esta pesquisa, ressalta-se a importância da criação de novos espaços voltados para o público idoso. Nesses espaços não deve faltar a promoção de atividades que envolvam o exercício físico, tendo em vista os benefícios tanto dessa prática quanto do próprio clima de interação gerado nesses ambientes. É mister ressaltar a grande importância em se divulgar os

benefícios desses exercícios para que sirva de estímulo à busca dessa prática pela população de idosos com vistas à melhoria da qualidade de vida e consequentemente à construção de uma sociedade mais coerente com as necessidades que se abrem com o fenômeno do envelhecimento populacional. Melhor ainda seria o constante incentivo às práticas de exercícios físicos para pessoas de todas as idades, de forma que escolhas dessa natureza possam ser realizadas o mais precocemente possível. Isso já poderia possibilitar um envelhecimento com menos limitações, lembrando que essas limitações estão entre os fatores apontados nesta pesquisa como barreiras para tais práticas entre os idosos. Nesse sentido, são importantes os projetos de intervenção-ação longitudinais onde se possa monitorar ao longo do tempo os avanços e recuos que venham ocorrer no bem estar subjetivo das pessoas.

O trabalho com o tema até então apresentado possibilitou que outras questões fossem percebidas como de grande importância. Poderíamos investigar, por exemplo, qual é a razão para a presença majoritária de mulheres em ambientes que promovem a interação entre os idosos? Existem diferenças com relação ao bem estar subjetivo entre idosos frequentadores de centros de convivência e aqueles não frequentadores? Se pensássemos a longo prazo, quais seriam os efeitos dos exercícios físicos no bem estar subjetivo e na percepção do balanço decisional de idosos frequentadores de centros de convivência? Além dessas questões, fica também a suspeita de que o desenvolvimento de estudos de caráter qualitativo acerca dos exercícios físicos e do bem estar subjetivo poderia colaborar sobremaneira na construção de conhecimentos favoráveis à vida da população idosa. Poderíamos ter essas questões como sugestões de possibilidades para nortear futuras pesquisas nessa área.

Referências

- Andrade, E., Matsudo, S., Matsudo, V., Araújo, T., Andrade, D., Oliveira, L., & Figueira, A. (2000). Barriers and motivational factors for physical activity adherence in elderly people in developing country. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(7), 141.
- Araújo, C. (2015). *Motivação e auto-determinação para a prática de atividade física em idosos*. Porto: C. Araújo. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Barbosa, A., Lebrão, M., & Maurucci, M. (2007). Prevalência de inatividade física em idosos do município de São Paulo. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd105/prevalencia-de-inatividade-fisica-em-idosos.htm>.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benedetti, T., Mazo, G., & Borges, L. (2012). Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2087-2093.
- Biddle, S., & Nigg, C. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 290-304.
- Boni, V., & Quaresma, S. (2018). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(1), 68-80.
- Borges, P., Bretas, R., Azevedo, S. & Barbosa, J. (2008). Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(12), 2798-2808.
- Brazão, M., Hirayama, M., Gobbi, S., Nascimento, C., & Roseguini, A. (2009). Estágios de mudança de comportamento e barreiras percebidas à prática de atividade física em idosos residentes em uma cidade de médio porte do Brasil. *Revista Motriz*, 15(4), 759-767.

Camboim, E., Nóbrega, M., Davim, R., Camboim, J., Nunes, R., & Oliveira, S. (2017). Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(6), 2415-2422.

Cardoso, A., Levandoski, G., Mazo, G., Prado, A., & Cardoso, L. (2008). Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*, 5(1), 9-18.

Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (2018). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.

Catarina, A. (2015). *Motivação e Auto Determinação para a prática de atividade física em idosos*. Porto: A. Catarina. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Coelho Filho, J., & Ramos, L. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 445-453.

Corte-Real, N., Dias, C., & Fonseca, A. (2004). Versão portuguesa da Decisional Balance Scale (DBSp). *Manuscrito não publicado*. Laboratório de Psicologia, Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

DeNeve, J-E., Diener, E., Tay, L., & Xuereb, C. (2013). The objective benefits of subjective well-being. In J. F. Helliwell, R. Layard, & J. Sachs (Eds.), *World happiness report 2013*. Volume 2. (pp. 54-79). New York: UN Sustainable Network Development Solutions Network.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7(3), 181-185.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal Of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

Diener, E. & Tay, L. (2012). A scientific review of the remarkable benefits of happiness for successful and healthy living. *Report of the Well-Being Working Group, Royal Government of Bhutan: Report to the United Nations General Assembly, Well-Being and Happiness: A New Development Paradigm*, UN, NY.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266.

Dumith, S., Gigante, D., & Domingues, M. (2007). Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. *International Journal of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 4(25), 1-10.

Falcão, D., & Araújo, L. (2010). *Idosos e saúde mental*. Campinas: Papirus.

Farinatti, P. (2008). *Envelhecimento: promoção da saúde e exercício*. Barueri: Manole.

Fechine, R. & Trompieri, N. (2012). O Processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, 1(20), 106-132.

Fiedler, M., & Peres, K. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos De Saúde Pública*, 24(2), 409-415.

Figueiras, T., Santana, P., Corte-Real, N., Dias, C., Brustad, R., Fonseca, A. (2010) Análise da estrutura factorial e da invariância da versão portuguesa da Satisfaction With Life Scale (SWLSp) quando aplicada em adultos de ambos os sexos. *Revista Portuguesa de Ciência do Desporto*. 10(3), 11-30.

Fonseca A. (2006). Versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANASp). *Manuscrito não publicado*. Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, B., Noriega, J., Seabra, M., & Guedea, R. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 19(2), 301-308.

Gobbi, S., Caritá, L., Hirayama, M., Quadros Junior, A., Santos, R., & Gobbi, L. (2008). Comportamento e barreiras. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 24(4), 451-458.

Gorely, T., & Gordon, S. (1995). An Examination of the Transtheoretical Model and exercise behavior in older adults. *Journal Of Sport And Exercise Psychology*, 17(3), 312-324.

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. (2015). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. 35. ed. Rio de Janeiro.

Jacob Filho, W. (2006). Atividade física e envelhecimento saudável. *Revista Brasileira De Educação Física E Esporte*, 20(5), 73-77.

Kahneman, D., Krueger, A., Schkade, D., Schwarz, N., & Stone, A. (2004). A Survey Method for Characterizing Daily Life Experience: The Day Reconstruction Method. *Science*, 306(5702), 1776-1780.

Kaufman, G. F. (2012). *Novo velho: envelhecimento, olhares e perspectivas*. São Paulo: Casapsi.

Krug, R., Lopes, M., Mazo, G. (2015) Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 21(1), 57-64.

Lees, F., Clark, P., Nigg, C., & Newman, P. (2005). Barriers to exercise behavior among older adults: A focus-group study. *Journal of Aging And Physical Activity*, 13(1), 23-33.

Marconcin, P. (2009). *Bem estar subjetivo e a prática desportiva em idosos alunos de universidades seniores do Porto*. Porto: P. Marconcin. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Marcus, B., & Lewis, B. (2003). Physical activity and the stages of motivational readiness for change model. *President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest*, 4(1).

Marcus, B., & Simkin, L. (1994). The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, 26(11), 1400-1404.

Martins, M. (2000). *Estudos dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários*. Santa Catarina: M. Martins. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina.

Mazzeo, R., Cavanagh, P., Evans, W. J., Startzell, J. (1998). ACSM position stand: Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, 30(6), 992-1008.

Mazo, G., Liposcki, D., Ananda, C., & Prevê, D. (2007). Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(6), 437-442.

Monteiro, C., Dias, C., Corte-Real, N., Fonseca, A. (2014). Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: Um estudo com idosos. *Revista Portuguesa De Ciência Do Desporto*, 1, 57-76.

Morris, J., Heady, J., Raffle, P., Roberts, C., & Parks, J. (1953). Coronary heart-disease and physical activity of work. *The Lancet*, 262(6796), 1111-1120.

Moschny, A., Platen, P., Klaaßen-Mielke, R., Trampisch, U., & Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 8(1), 121.

Mroczek, D. & Kolarz, C. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on Happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333-1349.

Neri, A., & Yassuda, M. (2004) *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus.

Neto, A., Schwanke, C., Argimon, I., Filho, I. (2016). *Atualizações em Geriatria e Gerontologia VI: Envelhecimento e Saúde Mental*. Porto Alegre: EdIPUCRS.

Nigg, C., Burbank, P., Padula, C., Dufresne, R., Rossi, J., Velicer, W., Laforge, R. & Prochaska, J. (1999). Stages of change across ten health risk behaviors for older adults. *The Gerontologist*, 39, 473-482.

Nigg, C., Rossi, J., Norman, G., & Benisovich, S. (1998). Structure of Decisional balance for exercise adoption. *Annals Of Behavioral Medicine*, 20(S211).

Nunes, D., Nakatani, A., Silveira, É., Bachion, M., & Souza, M. (2010). Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2887-2898.

Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing – A Policy Framework*. Madrid.

Pavot, W., & Diener, E. (2013). Happiness experienced: The science of subjective well-being. *Oxford Handbooks Online*.

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.

Seefeldt, V., Malina, R. & Clark, M. (2002). Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Med.* 32(3). 143-168.

Silva, M. (2013). *A semente e o girassol: Pró-Idoso - 25 anos de história*. Juiz de Fora: Funalfa.

Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem estar subjetivo, bem estar psicológico e bem estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2). 201-209.

Spirduso, W., Bernardi, P., & Pires, C. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole.

Stathi, A., Fox, K. & McKenna, J. (2002). Physical activity and dimensions of subjective well-being in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* , 10, 76-92.

Tay, L., Kuykendall, L., & Diener, E. (2014). Satisfaction and Happiness – The Bright Side of Quality of Life. *Global Handbook of Quality of Life*, 839-853.

Taylor, W, & Johnson, J. (2015). *Fisiologia do exercício na terceira idade*. Barueri: Manole.

Valim-Rogatto, P., Candolo, C., & Brêtas, A. (2011). Nível de atividade física e sua relação com quedas acidentais e fatores psicossociais em idosos de centro de convivência. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 14(3), 521-533.

Wallace, J., Raglin, J. & Jastremski, C. (1995). Twelve month adherence of adults who joined a fitness program with spouse vs without spouse. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 35, 206–213.

Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294-306.